

Leidraad voor regionale zorgprogrammering

Landelijk Basisprogramma

# Angststoornissen

Trimbos-  
instituut  
*Netherlands Institute  
of Mental Health  
and Addiction*



**Trimbos-instituut**  
Anneke van Wamel  
Henk Verburg

*Met medewerking van  
Jolanda Meeuwissen,  
Ineke Voordouw en  
Vera van de Velde*

# Landelijk Basisprogramma

# Angststoornissen

**Trimbos-instituut**  
Anneke van Wamel  
Henk Verburg

*Met medewerking van Jolanda Meeuwissen, Ineke Voordouw en Vera van de Velde*

Dit basisprogramma is tot stand gekomen dankzij financiering van :



## Colofon

*Opdrachtgever*

ZonMw

*Financiering*

ZonMw

*Projectleiding*

Henk Verburg

*Projectuitvoering*

Anneke van Wamel

Vera van de Velde

*Productiebegeleiding*

Paul Anzion

*Vormgeving en druk*

Ladenius Communicatie BV, houten



Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via [www.trimbos.nl/producten](http://www.trimbos.nl/producten) of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).  
Onder vermelding van artikelnummer AF0610  
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 9052535108

©2005 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

# Inhoud

<b>1. Inleiding</b>	
A Wat is het landelijk basisprogramma?	4
B Waarom een landelijk basisprogramma angststoornissen?	5
C De inhoud van het basisprogramma	6
<b>2. Doelgroep</b>	
A Doelgroep in zorgprogramma's	10
B Wat is de doelgroep in het basisprogramma angststoornissen?	10
C Regionaal bepaalde aspecten	19
<b>3. Hulpvraag</b>	
A De hulpvraag in zorgprogramma's	22
B Wat is de hulpvraag in het basisprogramma angststoornissen?	22
C Regionaal bepaalde aspecten	26
<b>4. Doelen</b>	
A Doelen in zorgprogramma's	27
B Doelen in het basisprogramma angststoornissen	27
<b>5. GGZ preventie</b>	
A Preventie in zorgprogramma's	30
B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma angststoornissen?	30
C Regionaal bepaalde aspecten	34
<b>6. Indicatiestelling en zorgtoewijzing</b>	
A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's	37
B Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma angststoornissen?	38
C Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting)	42
<b>7. Behandelmodules en activiteiten</b>	
A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's	46
B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma angststoornissen	46
C Module- en activiteitenoverzicht	51
<b>8. Randvoorwaarden</b>	
A Randvoorwaarden bij zorgprogramma's	70
B Randvoorwaarden binnen het basisprogramma angststoornissen	71
C Regionaal bepaalde aspecten	74
<b>9. Implementatie</b>	
A Implementatie in zorgprogramma's	77
B Implementatie in het basisprogramma angststoornissen	78
C Implementatie van zorgprogramma's	82
<b>10. Literatuurverwijzingen</b>	<b>84</b>
Bijlage 1 Beslisbomen Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen	91



# Hoofdstuk 1 Inleiding

## Inleiding

- A Wat is het landelijk basisprogramma?
- B Waarom een landelijk basisprogramma angststoornissen?
- C De inhoud van het basisprogramma

### Wat is een landelijk basisprogramma?

Een landelijk basisprogramma<sup>1</sup> bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma op te stellen. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden.

Het landelijke basisprogramma beschrijft de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma dient als een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. Het basisprogramma is niet bedoeld als een handleiding voor de individuele hulpverlener bij zijn of haar werkzaamheden, maar het is een tekst die op enige afstand staat van de individuele hulpverleningspraktijk. Het basisprogramma verwijst bijvoorbeeld naar bruikbare diagnostische instrumenten en relevante interventies, zonder dat deze instrumenten en interventies in de tekst gedetailleerd worden beschreven.

In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence. Een regio kan daarmee een zorgprogramma opstellen, daarbinnen de noodzakelijke instrumenten en interventies concretiseren en over de uitvoering ervan afspraken maken met de relevante regionale partijen.

Er is in het veld grote behoefte aan dergelijke betrouwbare gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod.

Het gaat in deze tekst om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken. Het onderstaande figuur maakt duidelijk dat geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuüm beschouwd moeten worden. Mensen bewegen zich op het continuüm van gezondheid heen en weer. Dit wordt steeds veroorzaakt door een combinatie van biologische, sociale en psychologische factoren. Het gehele spectrum van zorg(instellingen) en diensten zou daarom in samenhang beschouwd moeten worden. Veel domeinen (bijvoorbeeld gezondheidsbevordering en welzijnswerk enerzijds en de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg anderzijds) zijn echter nog steeds sterk van elkaar gescheiden.

In het model zijn vier niveaus te onderscheiden:

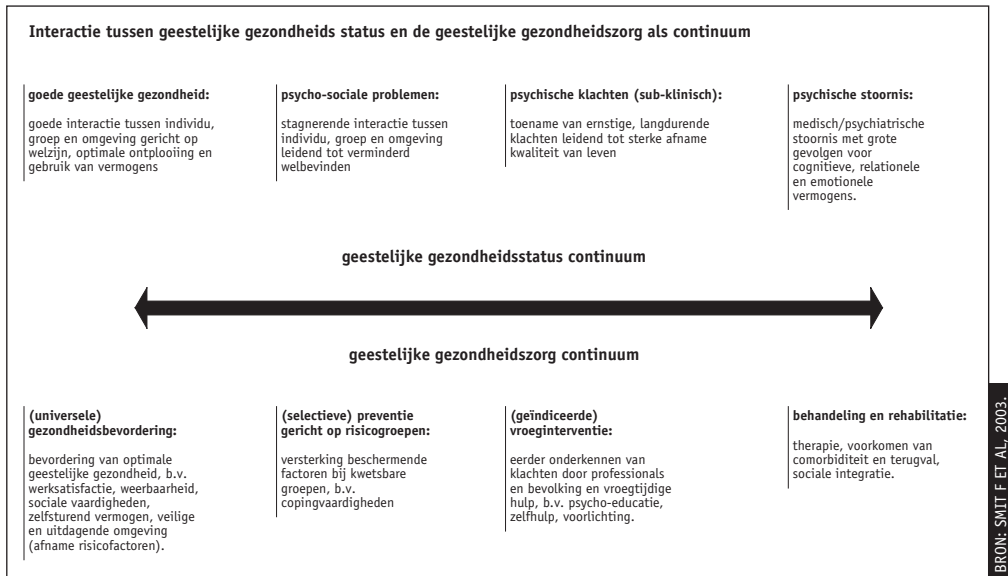
Op niveau 1 gaat het om algemene gezondheidsbevordering en het creëren van voorwaarden waaronder mensen zichzelf optimaal kunnen ontwikkelen en ontplooiën. Algemene versterking van sociaal-emotionele competentie alsmede het creëren van gezondheidsbevorderende leefomstandigheden (school, gezin, wijk, arbeid, verzorgingshuizen) staan centraal.

<sup>1</sup> In de hierna volgende tekst worden de termen basisprogramma en landelijke basisprogramma naast elkaar gebruikt. Vanwege de leesbaarheid is het woord landelijk meestal weggelaten. Waar basisprogramma staat wordt dus het landelijke basisprogramma bedoeld.

Op niveau 2 gaat het om specifieke kwetsbare groepen mensen in de samenleving die een verhoogd risico hebben om gezondheidsklachten te ontwikkelen. Voorbeelden zijn ouderen zonder sociaal netwerk, kinderen die het slachtoffer zijn van mishandeling.

Op niveau 3 gaat het om mensen die langere tijd gezondheidsklachten ervaren. Deze kunnen variëren van mild tot ernstig. Voor mensen met klachten is vroegtijdige hulp aangewezen.

Op niveau 4 gaat om mensen met een diagnosticeerbare psychische/psychiatrische stoornis. Niet alleen een effectieve behandeling/therapie staat centraal maar tevens zorggerichte preventie: het voorkomen van terugval en co-morbiditeit, alsmede sociale reïntegratie, wanneer een stoornis langer aanwezig is.



### Waarom een landelijk basisprogramma angststoornissen?

In deze tekst wordt het basisprogramma voor mensen met een angststoornis beschreven. Vooralnog beperkt het basisprogramma zich tot de doelgroep volwassenen. Bij de keuze om een basisprogramma voor mensen met een angststoornis op te stellen hebben de volgende overwegingen een rol gespeeld:

- In 2003 is de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen verschenen.
- In januari 2004 is de eerste herziening van de NHG standaard angst verschenen. De aanbevelingen in de standaard komen in grote lijnen overeen met de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen.
- Er is een aantal goed uitgewerkte zorgprogramma's angststoornissen in de regio's beschikbaar (voor volwassenen bijvoorbeeld: Regio Midden-Westelijk Utrecht, de Rijngroep Leiden, De Gelderse Roos, lokale Arnhem).

Evenals het basisprogramma depressie heeft het basisprogramma angststoornissen een brede opzet, dat wil zeggen dat het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ aan bod komen.

Het doel van het basisprogramma is om regionale werkgroepen en hulpverleners in staat te stellen een zo goed mogelijk regionaal zorgprogramma voor angststoornissen te schrijven, met als uiteindelijk doel de cliënt een zo passend mogelijk hulpaanbod te kunnen bieden.

Er verschijnen in rap tempo publicaties waarin de meest recente wetenschappelijke kennis over angststoornissen

nissen en de behandeling ervan beschreven wordt. Het is niet voor iedere hulpverlener mogelijk om hiervan op de hoogte te blijven én om die kennis te vertalen naar de behandelpraktijk.

Het basisprogramma tracht de hulpverleners hierin tegemoet te komen door als gids beknopt weer te geven wat de meest recente kennis is en waar welke onderwerpen en activiteiten te vinden zijn.

Het basiszorgprogramma is geschreven voor:

- regio's die nog niet met zorgprogramma's werken, maar wel van plan zijn daarmee te starten,
- leden van (beginnende) werkgroepen zorgprogrammering,
- regio's die wel met zorgprogrammering werken, maar waar de zorgprogramma's inhoudelijk aan bijstelling en/of verbetering toe zijn,
- regio's die in hun zorgprogramma's de deur open willen stellen naar preventie en de eerste lijn,
- medewerkers in het preventieveld en de eerste lijn die bezig zijn met hun positionering naar de tweedelijns GGZ,
- regio's die een zorgprogramma angststoornissen geschreven hebben, maar dat nog niet ingevoerd hebben. Zij kunnen hun tekst aan de hand van het basisprogramma bijstellen aan de hand van meeste recente kennis en voordeel hebben van het hoofdstuk over implementatie.

Dit basisprogramma beschrijft wat de inhoud van een zorgprogramma zou moeten zijn. Maar met het schrijven van een zorgprogramma is de klus nog niet geklaard. Het invoeren of implementeren van een zorgprogramma is een traject dat niet onderschat moet worden. Het implementeren dient goed voorbereid en zorgvuldig te verlopen, en dat begint al bij het opstellen van het zorgprogramma. Daarin wordt onder meer concreet beschreven wie betrokken is bij de implementatie van het programma, welke evaluatiepunten vastgesteld zijn en wat de organisatorische consequenties zijn.

### **De inhoud van het basisprogramma angststoornissen**

Het basiszorgprogramma beschrijft de volgende inhoudelijke thema's met betrekking tot angststoornissen:

- doelgroep,
- hulpvraag,
- doel,
- GGZ-preventie en geestelijke gezondheidsbevordering,
- indicatiestelling en zorgtoewijzing,
- behandelmodules en -activiteiten,
- randvoorwaarden,
- implementatie.

Alle hoofdstukken zijn opgebouwd volgens hetzelfde stramien:

Deel A: waarin beschreven is wat onder dat onderdeel verstaan wordt en waarom het belangrijk is dat het in een zorgprogramma beschreven wordt.

Deel B: waarin dat onderdeel wordt uitgewerkt voor angststoornissen. Hierin komen de zogenaamde 'kern' teksten aan bod, d.w.z. onderwerpen die in ieder geval in een zorgprogramma angststoornissen aan bod zouden moeten komen.

Deel C: waarin onderwerpen staan die niet in elke regio dezelfde zwaarte hebben, maar die wel overwogen dienen te worden (met uitzondering van hoofdstuk 4 'Doel', dat geen deel C heeft).

Onderstaand een korte introductie van de genoemde thema's:

### ***Doelgroep (H2)***

In deel A wordt beschreven wat onder doelgroep in een zorgprogramma verstaan wordt. Deel B beschrijft de doelgroep cliënten met een angststoornis. Het basisprogramma beschrijft en richt zich op cliënten met de volgende typen angststoornissen:

- paniekstoornis met en zonder agorafobie
- sociale fobie
- enkelvoudige fobie
- obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)
- gegeneraliseerde angststoornis
- posttraumatische stressstoornis
- hypochondrie (in navolging van de NHG-Standaard angststoornissen is deze stoornis aan het rijtje toegevoegd).

Daarna komen aan bod: de omvang van de doelgroep (prevalentie), risicogroepen en -factoren en luxerende- en onderhoudende factoren. In deel C worden aspecten rond co-morbiditeit, seksespecifieke aspecten en allochtonen/asielzoekers kort besproken.

### ***Hulpvraag (H3)***

Deel A beschrijft wat onder het begrip hulpvraag in een zorgprogramma verstaan wordt. In deel B worden de hulpvragen omschreven waarmee cliënten met een angststoornis zich in de eerste en de tweede lijn veelal aanmelden. De hulpvragen op verschillende levensgebieden (psychisch functioneren, sociaal functioneren, lichamelijk functioneren en seksualiteit, dagstructurering, werk en opleiding, woonomgeving en betekenisgeving) worden nader omschreven.

In deel C komen de hulpvragen van specifieke doelgroepen aan bod, namelijk vrouwen, allochtonen en cliënten zonder een specifieke hulpvraag.

### ***Doelen (H4)***

In deel A komt ter sprake wat de doelen van een zorgprogramma in het algemeen dienen te zijn. In deel B wordt dit gespecificeerd naar doelen waarnaar gestreefd wordt in het contact met een cliënt met een angststoornis, d.w.z. de verschillende behandeldoelen. Hierbij is ook aandacht voor doelen van preventie.

### ***GZZ-preventie en gezondheidsbevordering (H5)***

Preventie heeft in het basisprogramma een grotere plaats gekregen dan in de meeste bestaande zorgprogramma's het geval is. Hiermee wordt een begin gemaakt met het overschrijden van de grenzen tussen preventie, eerstelijns- en tweedelijns GGZ.

In deel A wordt beknopt beschreven welke vier vormen van GGZ preventie er te onderscheiden zijn: universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie. Ook wordt het verschil tussen GGZ preventie en gezondheidsbevordering uitgelegd.

In deel B wordt de plaats van preventie in het basisprogramma angststoornissen verduidelijkt en worden de vier preventievormen voor angststoornissen beschreven. Daarna komen specifieke risico en beschermende factoren aan bod.

Deel C behandelt de mogelijke aanbieders van GGZ preventie in een regio en geeft een overzicht van interventie mogelijkheden m.b.t. angststoornissen.

### ***Indicatiestelling en zorgtoewijzing (H6)***

Dit hoofdstuk heeft tot doel om een helder overzicht te geven van de verschillende stappen die in het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing genomen moeten worden. Waar mogelijk zijn aan deze stappen de instrumenten toegevoegd die daarbij te gebruiken zijn. Als er van een richtlijnadvies over deze instrumenten is uitgegaan, wordt dat erbij vermeld.

In deel A worden de termen gedefinieerd. Daarna worden de stappen in het indicatie- en toewijzingsproces genoemd die in een zorgprogramma minimaal beschreven moeten worden.

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten: aanmelding en/of intake, indicatiestelling, zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan (meestal onderdeel van de behandeling), bewaking en bijstellen van het behandelplan.

In deel B is uitgewerkt hoe deze fasen bij cliënten met een angststoornis horen te verlopen.

Met betrekking tot *aanmelding* en intake komen aan bod:

- aanmelding en herkenning van klachten in de eerste lijn,
- doorverwijzing,
- het gebruik van screeners,
- onderdelen van de psychiatrische diagnostiek (o.a. classificatie en beloop),
- classificatie instrumenten,
- ernstbepaling en beloop

Met betrekking tot *indiciestelling* komen aan bod:

- doelen van en eisen aan het indicatieproces
- rol van de cliënt
- verwijzingen

Met betrekking tot het *opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan* wordt besproken:

- definiëring van de termen
- inhoud van een behandelplan
- positie van de cliënt

In deel C worden de verdere diagnostische activiteiten beschreven die nodig kunnen zijn indien het voorgaande nog niet tot een goed behandelplan leidt. De hulpverlener zal per cliënt een pakket samen moeten stellen uit de genoemde activiteiten. Het is aan de samenstellers van het regionale zorgprogramma om te kiezen welke activiteiten beschreven worden en in welk detail.

Aan bod komen:

- Aanvullende psychiatrische diagnostiek: hetero-anamnese, aandacht voor suicidaliteit, persoonlijkheidsonderzoek.
- Somatische diagnostiek: somatische anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek.
- Sociale diagnostiek: het Stress Steun Kracht Kwetsbaarheidsmodel, biografische anamnese, mogelijke instrumenten om dit deel in kaart te brengen, systeem onderzoek.

### ***Behandelmodules en -activiteiten (H7)***

In deel A wordt de plaats van behandelmodules en -activiteiten in een zorgprogramma beschreven. Ook komen de criteria waaraan de beschrijvingen van de modules en activiteiten moeten voldoen aan bod:

- Naam
- Inhoud
- Indicatie of zo mogelijk een onderbouwing van het (evidence based) niveau van de module
- Ontvangers van de module: organisatorische en financiële aspecten

In deel B wordt de inhoud en de achtergrond van de richtlijn kort beschreven

In dit deel is ook een schema opgenomen waarin de mogelijke interventies zijn gezet. Hierin kan opgezocht worden welke interventies in welk document terug te vinden zijn.

In deel C zijn vervolgens beschrijvingen van alle modules en activiteiten te vinden. Per beschrijving is aangegeven of de interventie wordt genoemd in de richtlijn en wat het niveau van de bewijsvoering is.

### **Randvoorwaarden (H8)**

Het werken met zorgprogramma's heeft gevolgen voor de organisatie van de zorg. In dit hoofdstuk worden de minimale vereisten behandeld waaraan voldaan moet worden om het zorgprogramma te laten functioneren. Dit zijn de zogenaamde randvoorwaarden.

De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen. Deze worden in deel A beschreven:

- Continuïteit in het aanbod, deze betreffen continuïteit op het niveau van de doelgroep.
- Continuïteit in de sturing van de zorg, dit betreft continuïteit op het niveau van de individuele cliënt.
- Planning van het aanbod, op kwantiteit en kwaliteit.
- Bewaking van de kwaliteit van de zorg, zowel de uitvoering als de inhoud van het zorgprogramma.
- Kwaliteit van de hulpverleners.

In deel B zijn deze vijf thema's specifiek uitgewerkt naar een zorgprogramma voor angststoornissen.

In deel C wordt verder ingegaan op wat de rol van de cliënt in het bovenstaande kan zijn. Ook worden twee voorbeelden geschetst van de wijze waarop afstemming van de organisatie en het zorgprogramma tot stand kan worden gebracht.

### **Implementatie (H9)**

In dit hoofdstuk wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

In deel A wordt beschreven waarom het belangrijk is dat er in een zorgprogramma aandacht is voor implementatie. Een van de voornaamste redenen daarvoor is dat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwingen zijn om in te voeren.

In deel B komt vervolgens een model voor de implementatie van vernieuwingen in de zorg aan de orde (Grol en Wensing, 2001). Dit model beschrijft een aantal, dat gevolgd moeten worden om te komen tot een succesvolle invoering van de verandering:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel.
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting.
- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren.
- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan.
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan.

In deel C zijn concrete ervaringen te vinden van regio's die zorgprogramma's daadwerkelijk geïmplementeerd hebben. Aan de orde komen de mogelijkheden met betrekking tot invoeringstrajecten, en de belangrijkste knelpunten en bevorderende factoren. Tot slot worden de aanbevelingen genoemd uit het onderzoek in deze regio's.

## Hoofdstuk 2 Doelgroep

### Doelgroep en professionele analyse

*“Een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en zorgbehoefte”.*

- A Doelgroep in zorgprogramma's
- B Wat is de doelgroep van het basisprogramma angststoornissen?
- C Regionaal bepaalde aspecten

### A Doelgroep in zorgprogramma's

Een zorgprogramma heeft een duidelijk omschreven doelgroep. Deze doelgroep wordt omschreven als een gespecificeerde groep hulpvragers met overeenkomstige problematiek en/of zorgbehoefte.

Er moet goed nagedacht worden op grond waarvan gezegd kan worden dat de problematiek en hulpvraag 'overeenkomstig' is. Wordt bijvoorbeeld gekozen voor een psychiatrische DSM-classificatie of wordt de overeenkomst door de benodigde zorgintensiteit bepaald. Aangezien de basis van het zorgprogramma de geaggregeerde hulpvraag van de doelgroep is, is het belangrijk hier van tevoren een zorgvuldige keuze in te maken.

De gekozen doelgroep kan meer of minder ruim omschreven worden. In het algemeen wordt aangeraden dat het segmenteren van de doelgroep aan de orde is als de problematieken (en daarmee de hulpvragen) tamelijk ver uiteen lopen. De doelgroep wordt niet omschreven in termen van het hulpaanbod of methodiek. Ook is de doelgroep niet per se gerelateerd aan één diagnose.

Waar het om gaat is dat de problematiek en de zorgbehoefte van de doelgroep in zoverre overeen komen dat het zorgprogramma voldoende op ieder van hen van toepassing is.

### B Wat is de doelgroep van een basisprogramma angststoornissen?

In dit basisprogramma is gekozen voor een doelgroep volwassenen tussen de 18 en 65 jaar met één of meerdere angststoornissen (conform de DSM-IV criteria voor angststoornissen) die aanleiding geven tot subjectief lijden of tot een belemmering van het dagelijks functioneren (4).

De DSM-IV (vooral in de tweede lijn) en de ICD-10 (vooral in de eerste lijn) zijn de meest gebruikte classificatiesystemen voor o.a. psychische stoornissen

De DSM is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, en werd ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. In juni 1994 verscheen de vierde editie (DSM-IV), in 2001 verscheen een tekstrevisie (DSM-IV-TR). De DSM is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.

De DSM-IV bestaat uit vijf assen:

- As 1 Klinische stoornis (bijv. depressie),
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. afhankelijke persoonlijkheidsstoornis),
- As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis) (bijv. migraine),
- As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. scheiding, werkeloosheid),
- As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning Scale, GAF) uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100.

De tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10) is de internationale standaard voor het classificeren van ziekten, gebreken en andere gezondheidsproblemen, ontwikkeld door de World Health Organization. Hoofdstuk V van de ICD-10 bevat een classificatie van meer dan 300 psychische stoornissen en gedragsstoornissen. Het is bedoeld voor de algemene klinische praktijk, het onderwijs en de hulpverlening.

In dit basisprogramma is getracht de inhoud een brede basis te geven door ook preventie van angststoornissen en hulpverlening in de eerste lijn te beschrijven. Daarmee zijn volwassenen die nog niet aan alle DSM-IV criteria voldoen, maar wel een serieus risico lopen een angststoornis te ontwikkelen aan de doelgroep toegevoegd.

Zowel in de DSM-IV als in de ICD-10 is het gemeenschappelijke kenmerk van de doelgroep mensen met (meerdere) angststoornissen:

- er is sprake van angstige reacties,
- die bovenmatig zijn doordat de persoon angst vertoont in afwezigheid van gevaar,
- óf de mate van angst staat in geen verhouding tot de mate van reëel gevaar.

Daarnaast is van belang dat deze angstige reacties de persoon hinderen in zijn sociaal of beroepsmatig functioneren.

De DSM-IV onderscheidt de volgende angststoornissen:

- paniekstoornis met en zonder agorafobie
- sociale fobie
- specifieke fobie
- obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)
- gegeneraliseerde angststoornis
- posttraumatische stressstoornis
- acute stressstoornis
- angststoornis ten gevolge van een lichamelijke aandoening
- angststoornis ten gevolge van middelengebruik

In navolging van de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen komen de laatste drie angststoornissen niet in het basisprogramma aan bod. De acute stressstoornis komt grotendeels overeen met de posttraumatische stressstoornis, met als grootste verschil het tijds criterium (wanneer symptomen korter dan één maand voorkomen is er sprake van acute stressstoornis). Wel wordt aandacht geschonken aan hypochondrie (in de DSM-IV onder somatoforme stoornissen ingedeeld) omdat angst in deze stoornis een grote rol speelt.

Paniek aanvallen komen bij meerdere angststoornissen voor. Er is sprake van een paniekaanval wanneer er een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen optreedt, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen tien minuten een maximum bereiken:

- hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- transpireren
- trillen en beven
- gevoel van ademnood of verstikking
- naar adem snakken
- pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- misselijkheid of buikklachten
- gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- angst dood te gaan
- paresthesieën (verdoofde of tintelende gevoelens)
- opvliegers en koude rillingen

Ook agorafobie komt bij verschillende angststoornissen voor, maar is binnen de DSM-IV geen afzonderlijke stoornis, net zo min als paniekaanvallen. De criteria voor agorafobie zijn:

- A Angst op een plaats of in een situatie te zijn waaruit ontsnappen moeilijk (of genânt) kan zijn of waar geen hulp beschikbaar zou kunnen zijn in het geval dat men een onverwachte of situationeel gepredisponeerde (voorbested) paniekaanval of paniekachtige verschijnselen krijgt. Tot de agorafobische angstgevoelens horen de karakteristieke situaties zoals alleen buitenshuis zijn, zich te midden van een massa bevinden of in een rij wachten, op een brug staan, reizen met een bus, auto of trein.
- B De situaties worden vermeden (bijvoorbeeld reizen is beperkt) of wordt alleen doorstaan met duidelijk lijden of de angst een paniekaanval of paniekachtige verschijnselen te krijgen, of de aanwezigheid van een begeleider is noodzakelijk.
- C De angst of fobische vermijding is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld vermijding beperkt tot sociale situaties uit angst in verlegenheid te raken), specifieke fobie (bijvoorbeeld vermijding is beperkt tot een enkele situatie zoals liften), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld vermijding van vuil bij iemand met een smetvrees), posttraumatische stress stoornis (bijvoorbeeld vermijding van prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).

Onderstaand volgt een uitwerking van de verschillende angststoornissen volgens de DSM IV:

#### ***Paniekstoornis met en zonder agorafobie***

Bij een paniekstoornis zijn de paniekaanvallen onvoorspelbaar en niet gebonden aan een situatie en zijn patiënten tussen de aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen, zoals warenhuizen, treinen, restaurants en bioscopen, waar men bij het optreden van een paniekaanval moeilijk kan ontsnappen of hulp kan krijgen. Er wordt gesproken van paniekstoornis met agorafobie wanneer spontane paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke publieke gelegenheden.

Er is sprake van een paniekstoornis (zonder agorafobie) als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A Zowel 1) als 2)
  - 1) Recidiverende onverwachte paniekaanvallen.
  - 2) Na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) met één (of meer) van de volgende:
    - a voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
    - b bezorgdheid over deze verwickelingen of consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
    - c een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen
- B Afwezigheid van agorafobie.
- C De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie)
- D De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, specifieke fobie, obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis of separatieangststoornis.

#### ***Sociale fobie***

Sociale fobie (ook wel sociale angststoornis genoemd) heeft betrekking op de hardnekkige angst voor één of meer situaties waarin de betrokken persoon is blootgesteld aan de mogelijk kritische beoordeling door anderen, en waarin hij bang is zich belachelijk te maken. Bij de sociale fobie kan men een onderscheid maken tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de specifieke sociale fobie. Ongeveer 90% van de sociale fobici is bang voor tenminste twee verschillende situaties en 45% voor minimaal drie verschillende situaties. Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van fobie in slechts één bepaalde situatie. Voorbeelden hiervan zijn: de angst voor het spreken in het openbaar, trillen of zweten in sociale situaties of de angst dat men zich belachelijk maakt door datgene wat men zegt.

Er is sprake van een sociale fobie als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

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

Er is sprake van een *gegeneraliseerde sociale fobie* als de angst de meeste sociale situaties betreft.

### **Specifieke fobie**

Bij een enkelvoudige fobie is er sprake van een aanhoudende en irrationele angst voor een bepaald object of voor een bepaalde situatie. Deze objecten en situaties hebben veelal betrekking op angst voor dieren, afgesloten ruimten, hoogten, onweer en bloed en/of medische handelingen. Blootstelling aan de angstverwekkende prikkel resulteert meestal in een verhoogde lichamelijke arousal. Bij de bloedfobie daarentegen treedt na een kortdurende verhoging van de arousal een duidelijke verlaging van hartslag en bloeddruk op en kan de persoon in kwestie flauw vallen. Veelal kunnen de angstverwekkende situaties worden vermeden.

Er is sprake van een specifieke fobie als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A Duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onterecht is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie (bijvoorbeeld vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, bloed zien).
- B Blootstelling aan de fobische prikkel veroorzaakt bijna zonder uitzondering een onmiddellijke angstreactie, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden of situationeel gepredisponerde paniekaanval.
- C Betrokkene is zich ervan bewust dat de angst overdreven of onterecht is.
- D De fobische situaties(s) wordt vermeden of anderszins doorstaan met intense angst of lijden.
- E De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde situatie belemmeren in significante mate de normale routine, het beroepsmatig functioneren (of de studie of school), of sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.
- F De angst, de paniekaanvallen of fobische vermijding die samengaat met een specifiek voorwerp of situatie kan niet volledig verklaard worden door een andere psychische stoornis zoals obsessieve-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, separatieangststoornis, sociale fobie, paniekstoornis met agorafobie, of agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis.

Specieke fobie kan gespecificeerd in volgende typen: het diertype (angst voor dieren of insecten), natuurype (angst voor storm, hoogten, water etc), bloed-injectie-verwonding type (angst voor zien van bloed, injecties etc), situationeel type ( angst voor tunnels, liften, vliegen etc) en overige types.

### ***Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)***

Bij de obsessieve-compulsieve stoornis staan steeds terugkerende dwanggedachten en/of dwanghandelingen centraal. Dwanggedachten (obsessies) zijn steeds terugkerende, aanhoudende gedachten of beelden die spanning oproepen. Deze gedachten of beelden worden als onvrijwillig beleefd, maar wel als een product van de eigen persoon. De dwanghandelingen (compulsies) zijn herhaalde en schijnbaar zinvolle handelingen, die volgens bepaalde regels op een stereotiepe wijze worden verricht. Het doel van de compulsies is het neutraliseren van spanning of het voorkomen van bedreigende gebeurtenissen/situaties. Bij de obsessieve-compulsieve stoornis heeft de patiënt last van zijn klachten, kosten deze de patiënt meer dan één uur per dag of verstoren ze in ernstige mate het dagelijkse functioneren.

Er is sprake van een obsessieve-compulsieve als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

#### **A** Ofwel dwanggedachten ofwel dwanghandelingen:

*Dwanggedachten zoals gedefinieerd door (1), (2), (3), en (4):*

- 1 Recidiverende en aanhoudende gedachten, impulsen of voorstellingen, die gedurende bepaalde momenten van de stoornis als opgedrongen en misplaatst beleefd worden, en die duidelijke angst of lijden veroorzaken.
- 2 De gedachten, impulsen of voorstellingen zijn niet eenvoudig een overdreven bezorgdheid over problemen uit het dagelijkse leven.
- 3 Betrokkene probeert deze gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren of te onderdrukken, of deze te neutraliseren met een andere gedachte of handeling.
- 4 Betrokkene is zich ervan bewust dat de dwangmatige gedachten, impulsen of voorstellingen het product zijn van zijn of haar eigen geest (niet van buitenaf opgelegd zoals bij gedachteninbrenging).

*Dwanghandelingen zoals gedefinieerd door (1) en (2):*

- 1 Zich herhalend gedrag (bijvoorbeeld handen wassen, opruimen, controleren) of psychische activiteit (bijvoorbeeld bidden, tellen, in stilte woorden herhalen) waartoe betrokkene zich gedwongen voelt in reactie op een dwanggedachte, of zich aan regels houden die rigide moeten worden toegepast.
  - 2 De gedragingen of psychische activiteiten zijn gericht op het voorkómen of verminderen van het lijden, of op het voorkómen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis of situatie; deze gedragingen of psychische activiteiten tonen echter geen realistische samenhang met de gebeurtenis die geneutraliseerd of voorkomen moet worden of zijn duidelijk overdreven.
- B** Op een bepaald moment in het beloop van de stoornis is betrokkene zich ervan bewust dat de dwanggedachten en dwanghandelingen overdreven of onterecht zijn.
- C** De dwanggedachten of dwanghandelingen veroorzaken duidelijk lijden, zij kosten veel tijd (nemen meer dan één uur per dag in beslag) of verstoren in belangrijke mate de normale routine van betrokkene, het beroepsmatig functioneren (of de studie) of de gebruikelijke sociale activiteiten of relaties met anderen.
- D** Indien een andere As-I stoornis aanwezig is, is de inhoud van de dwanggedachte of de dwanghandeling daartoe niet beperkt (bijvoorbeeld preoccupatie met voedsel bij een eetstoornis); haar uittrekken (trichotillomanie); bezorgdheid over het uiterlijk bij een verstoorde lichaamsbeleving; preoccupatie met middelen als een stoornis in het gebruik van middelen aanwezig is; preoccupatie met het hebben van een ernstige ziekte bij hypochondrie; preoccupatie met seksuele behoeften of fantasieën bij een parafilie; of piekeren over schuld (bij een depressieve episode).
- E** De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

Een specificatie naar *gering inzicht* is nodig indien: de patiënt voor het grootste deel van de tijd in de huidige periode, niet beseft dat de dwanggedachten en dwanghandelingen overdreven of onredelijk zijn.

### ***Gegeneraliseerde angststoornis***

Patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis zijn altijd nerveus en gespannen en tobben over allerlei kleine, dagelijkse gebeurtenissen. Dagen met klachten zijn in de meerderheid en de patiënt heeft moeite de toberijen onder controle te houden. Verder heeft de patiënt last van klachten, zoals concentratieproblemen, spierspanningklachten, slaapproblemen, snelle vermoeibaarheid etc.

Er is sprake van een gegeneraliseerde angststoornis als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorvoelens), gedurende zes maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).
- B Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.
- C De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes verschijnselen (waarvan tenminste enkele verschijnselen in de laatste zes maanden vaker wel dan niet aanwezig).
  - 1 rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
  - 2 snel vermoeid zijn
  - 3 zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
  - 4 prikkelbaarheid
  - 5 spierspanning
  - 6 slaapproblemen (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze niet verkwikkende slaap)
- D Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een andere As I stoornis, zoals een paniekstoornis, een sociale fobie, een obsessieve-compulsieve stoornis, separatie-angststoornis, anorexia nervosa, somatisatiestoornis of hypochondrie en de angst en bezorgdheid komen niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stressstoornis.
- E De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- F De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie), en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingsstoornis, psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

### ***Posttraumatische stressstoornis***

Bij een posttraumatische stressstoornis wordt gesproken over de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis, waarin betrokkene met de dood of ernstig letsel is bedreigd of de lichamelijke integriteit is bedreigd, het betreft situaties als bankovervallen met geweld, de confrontatie met iemand die ernstig gewond is of gedood, verkrachtingen, overstromingen etc. Bij PTSS moet er sprake zijn van herbelevingen, bijvoorbeeld in de vorm van terugkerende beangstigende dromen of herinneringen met betrekking tot het trauma. Hiernaast komt eveneens vermijding van stimuli voor, die in verband staan met het trauma of een verdoving van de algemene responsiviteit. Tenslotte zijn er langdurige symptomen van toegenomen spanning of opwindings, die niet aanwezig waren voor het trauma (zoals prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen, overdreven schrikreacties, zich moeilijk kunnen concentreren).

Er is sprake van een posttraumatische stressstoornis als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A De betrokkene is blootgesteld aan een traumatische ervaring waarbij beide van de volgende van toepassing zijn:
  - 1 betrokkene heeft ondervonden, is getuige geweest of werd geconfronteerd met één of meer gebeurtenissen die een feitelijke of dreigende dood of een ernstige verwonding met zich meebracht, of die een bedreiging vormde voor de fysieke integriteit van betrokkene of anderen
  - 2 tot de reacties van betrokkene behoorde intense angst, hulpeloosheid of afschuw.
- B De traumatische gebeurtenis wordt voortdurend herbeleefd op een (of meer) van de volgende manieren:
  - 1 Recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen.
  - 2 Recidiverend akelig dromen over de gebeurtenis.
  - 3 Handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt (hiertoe behoren het

- gevoel van het opnieuw te beleven, illusies, hallucinaties en dissociatieve episodes met flashback, met inbegrip van die welke voorkomen bij het ontwaken of tijdens intoxicatie).
- 4 Intens psychisch lijden bij blootstellen aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
  - 5 Fysiologische reacties bij blootstellen aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken.
- C Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma horen of afstomping van de algemene reactiviteit (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
- 1 Pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden.
  - 2 Pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden.
  - 3 Onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren.
  - 4 Duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten.
  - 5 Gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen.
  - 6 Beperkt uiten van affect (bijvoorbeeld niet in staat gevoelens van liefde te hebben).
  - 7 Gevoel een beperkte toekomst te hebben (bijvoorbeeld verwacht geen carrière te zullen maken, geen huwelijk, geen kinderen, of geen normale levensverwachting).
- D Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid (niet aanwezig voor het trauma) zoals blijkt uit twee (of meer) van de volgende:
- 1 Moeite met inslapen of doorslapen.
  - 2 Prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen.
  - 3 Moeite met concentreren.
  - 4 Overmatige waakzaamheid.
  - 5 Overdreven schrikreacties.
- E Duur van de stoornis (symptomen in B, C en D) langer dan één maand
- F De stoornis veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.

Indien nodig kan gespecificeerd worden naar:

*Acuut:* indien duur van de symptomen korter dan drie maanden is

*Chronisch:* indien duur van de symptomen drie maanden of langer is

*Met verlaat begin:* indien het begin van de symptomen ten minste zes maanden na het trauma ligt

### **Hypochondrie**

Mensen die lijden aan hypochondrie interpreteren op zich onschuldige lichamelijke gewaarwordingen als mogelijke tekenen van een ernstige ziekte. Er wordt van hypochondrie gesproken bij een preoccupatie met de vrees of met de overtuiging een ernstige ziekte te hebben wanneer deze preoccupatie blijft bestaan ondanks adequate medische beoordeling en geruststelling. Verder veroorzaakt de preoccupatie aanzienlijk lijden of beperkingen in het dagelijkse functioneren.

Er is sprake van hypochondrie als aan de volgende DSM-IV criteria wordt voldaan:

- A Preoccupatie met de vrees of opvatting een ernstige ziekte te hebben, gebaseerd op een verkeerde interpretatie van lichamelijke verschijnselen.
- B De preoccupatie houdt aan ondanks adequaat medisch onderzoek en geruststelling.
- C De overtuiging in criterium A heeft niet de intensiteit van een waan (zoals bij een waanstoornis, somatisch type) en is niet beperkt tot een omschreven bezorgdheid over het uiterlijk (zoals bij de stoornis in de lichaamsbeleving)
- D De preoccupatie veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- E De duur van de stoornis is tenminste zes maanden.
- F De preoccupatie is niet eerder toe te schrijven aan een gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve-compulsieve stoornis, paniekstoornis, depressie episode, separatie-angststoornis of een andere somatoforme stoornis.

Een specificatie naar *gering inzicht* is nodig indien: de patiënt voor het grootste deel van de tijd in de huidige periode, niet beseft dat de bezorgdheid over het hebben van een ernstige ziekte overdreven of onredelijk is.

### Hoe groot is de doelgroep?

Uit het Nemesis onderzoek (8) blijkt dat 12 procent van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar lijdt aan een angststoornis of daar pas mee te maken heeft gehad (twaalf-maands-prevalentie). Dat zijn ongeveer 1 450 000 mensen. Bovendien wordt 19,3% van de Nederlanders ooit in hun leven geconfronteerd met het krijgen van een angststoornis (life-time prevalentie). Dat is 1 op de 5 Nederlanders.

Angststoornissen komen het meest voor in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar (Flint, 1994). In deze leeftijdperiode ontstaan ook de meeste angststoornissen. Angststoornissen kunnen zich echter ook eerder of later ontwikkelen. Met name de sociale fobie, de specifieke fobie en de gegeneraliseerde angststoornis kunnen in de kindertijd, puberteit of adolescentie ontstaan. De paniekstoornis komt daarentegen weinig onder adolescenten voor. De obsessieve-compulsieve stoornis ontstaat in 10% van de gevallen voor het tiende levensjaar. Opvallend is dat op latere leeftijd de gegeneraliseerde angststoornis het meest voorkomt.

Fobieën zijn de meest voorkomende angststoornissen. Voor de hierboven beschreven angststoornissen gelden de volgende prevalentiecijfers:

	<i>Ooit geleden aan</i>	<i>Laatste jaar geleden aan</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>
Paniekstoornis met/zonder agorafobie	3,8	2,2
Sociale fobie	7,8	4,8
Specifieke fobie	10,1	7,1
Obsessieve-compulsieve stoornis	0,9	0,5
Gegeneraliseerde angststoornis	2,3	1,2
Posttraumatische stressstoornis	-	-
Hypochondrie	-	-

BRON: BIJL ET AL. 1998 (9)

De prevalentie van angststoornissen op basis van huisartsenregistraties is veel lager dan de prevalentie op basis van de bevolkingsonderzoeken. De hogere prevalentie onder vrouwen dan onder mannen komt wel overeen met de resultaten van de bevolkingsonderzoeken.

De jaarprevalentie van angststoornissen wordt op basis van huisartsenregistraties in 2000 geschat op 113.100. Dat is 10% van de gevonden jaarprevalentie in Nemesis. De incidentie (het aantal nieuwe gevallen) wordt op 44.500 geschat.

Als ook een 'angstig gevoel' als angststoornis in de cijfers wordt meegenomen, zijn de prevalentie en incidentie veel hoger. In het Nationaal Kompas heeft RIVM op basis van de huisartsenregistraties de jaarprevalenties en incidenties geschat (45).

**Tabel 2**

**Jaarprevalentie (per 1.000 en absoluut) en incidentie (per 1.000 per jaar en absoluut) van angststoornissen en angststoornis en/of angstig gevoel in huisartsenregistraties; gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland in 2000.**

	Jaarprevalentie		Incidentie	
	man	vrouw	man	vrouw
<b>Angststoornissen</b>				
Schatting promille	4,52	9,63	1,97	3,61
Schatting absoluut	35.600	77.500	15.500	29.000
<b>Angststoornissen en /of angstig gevoel</b>				
Schatting promille	14,97	32,18	6,66	12,76
Schatting absoluut	117.900	259.00	52.500	102.700

De lage cijfers uit de huisartsenregistraties lijken verklaard te worden door een forse onderrapportage. Eerder Nederlands onderzoek heeft uitgewezen dat huisartsen angststoornissen slecht herkennen. Dit leidt tot onderdiagnostiek en onderbehandeling (43). Daar komt bij dat huisartsen symptomen die samenhangen met angst niet als ziektediagnose registreren maar als symptoomdiagnose (58). Voorbeelden van die symptoomdiagnosen zijn angstige of nerveuze gevoelens, gespannenheid, acute stress, gevoel van onrust, hyperventilatie, slaapproblemen, overbezorgdheid over gezondheid, bang zijn een bepaalde ziekte te hebben en nerveus-functionele klachten. Ten slotte gaat een deel van de patiënten met een angststoornis niet eerst naar de huisarts, maar direct naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Uit een langlopende huisartsenregistratie blijkt dat het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten én het aantal bekende patiënten met een angststoornis in de periode 1985-2000 is gestegen, vooral onder vrouwen. Deze stijging in geregistreerde mensen met angststoornissen kan mogelijk verklaard worden door een betere herkenning van angststoornissen door de huisarts. Ook speelt mee dat mensen dankzij publiekvoorlichting eerder professionele hulp zoeken.

De verwachting is dat artsen en patiënten ook in de toekomst angststoornissen steeds vaker en vroeger zullen herkennen. Daarnaast zal er meer onderzoek gedaan worden naar hoe richtlijnen en protocollen toegepast kunnen worden bij angststoornissen, en naar hoe het behandelingsgeoptimaliseerd kan worden. Mogelijk kunnen deze ontwikkelingen op termijn het beloop van angststoornissen gunstig beïnvloeden. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen verwacht het RIVM dat het absoluut aantal personen met angststoornissen tussen 2000 en 2020 met 11,5% zal stijgen.

### Risicogroepen en -factoren

In het algemeen wordt aangenomen dat angststoornissen ontstaan door een combinatie van risicofactoren. Deze risicofactoren komen voor een groot deel overeen met die voor een depressie. Op basis van sociale, biologische en psychische factoren worden de volgende belangrijkste risicogroepen onderscheiden (zie voor risicofactoren per stoornis hoofdstuk 5).

- Mensen van wie de ouders of naaste familieleden psychische problemen hebben
- Kwetsbare persoonlijkheden (weinig zelfvertrouwen, geringe zelfwaardering, hoge interpersoonlijke sensitiviteit, angst voor controleverlies of gezichtsverlies)
- Mensen die een ingrijpende levensgebeurtenis hebben meegemaakt (verlies van een dierbare, jeugdtrauma, ernstige ziekte, verlies van arbeid, echtscheiding, toegenomen verantwoordelijkheden en relatieproblemen, meemaken van een andere traumatische ervaring)

## C Regionaal bepaalde aspecten

De doelgroepomschrijving zoals die hierboven staat is algemeen geldend voor wat onder angststoornissen wordt verstaan. Dat wil zeggen dat deze criteria en factoren gelden voor alle personen met deze diagnose, los van waar in Nederland ze wonen, wat hun land van herkomst of wat hun sekse is. Daarnaast zijn er factoren die voor bepaalde groepen of individuen van belang zijn, zoals co-morbiditeit, sekse- en cultuurspecifieke aspecten.

Afhankelijk van hoe de populatie er in de regio uitziet zal aan deze factoren beknopt of meer uitgebreid aandacht besteedt moeten worden.

### Co-morbiditeit

Van co-morbiditeit is sprake als bij een persoon meer dan één stoornis in een bepaalde tijdsperiode voorkomt. Uit resultaten van Amerikaans, maar ook Nederlands onderzoek blijkt dat van de mensen met een psychiatrische aandoening ongeveer 50% voldoet aan de criteria van twee of meer diagnoses (volgens de DSM-IV criteria) (61).

Co-morbiditeit heeft belangrijke consequenties. Het is geassocieerd met ernstigere klachten, meer functionele beperkingen, meer gebruik van de gezondheidszorg en langere duur van de stoornis. Co-morbiditeit komt meer voor bij vrouwen, ongehuwde of gescheiden personen en laagopgeleiden (59). De co-morbiditeit bij angststoornissen is klinisch van groot belang. Het suïciderisico is bijvoorbeeld bij cliënten met een paniekstoornis 7% en bij cliënten met een depressie 8%. Bij een cliënt met een depressie met een co-morbide paniekstoornis kan het suïciderisico oplopen tot 20%. (63)

Het is daarom van belang om zorgvuldig, en waar nodig periodiek, na te gaan of mogelijk andere aandoeningen aanwezig zijn. Bij cliënten met een angststoornis wordt vaak nog een andere angststoornis gediagnosticeerd. Daarnaast hebben angststoornissen een hoge co-morbiditeit met stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving en/of middelenmisbruik. (59)

### Angststoornissen

Uit het Nemesis onderzoek bleek de co-morbiditeit van angststoornissen met een andere angststoornis hoog te zijn.

Tabel 2 Combinaties van angststoornissen (%)

	2de stoornis	1	2	3	4	5
<i>1ste stoornis</i>						
1 Paniekstoornis		-	38,2	38,5	26,1	7,1
2 Specifieke fobie		12,0	-	25,0	11,2	2,8
3 Sociale fobie		17,8	37,0	-	16,6	4,4
4 Gegeneraliseerde angststoornis		22,7	30,9	30,9	-	4,4
5 Obsessieve-compulsieve stoornis		34,4	43,8	45,5	25,0	-

BRON: RAVELLI A ET AL, 1998

De tweede angststoornis is vaak een specifieke en/of sociale fobie en zelden een obsessieve-compulsieve stoornis, terwijl een obsessieve-compulsieve stoornis vaak in combinatie met een paniekstoornis (34,4%), een specifieke fobie (43,8%) of een sociale fobie (45,5%) voorkomt. (44)

Hypochondrie komt bij 20% van de patiënten met een angststoornis voor.

### Stemmingsstoornissen

Depressie, dysthymie en gegeneraliseerde angststoornissen komen vaak gelijktijdig voor. Het is niet helemaal duidelijk of er zelfs wel sprake is van twee verschillende stoornissen of dat het twee dimensies van een enkele stoornis betreft. Meer dan de helft (54,3%) van de mensen met een stemmingsstoornis (inclusief bipolaire stoornissen) voldoet ook aan de DSM-IV criteria van een angststoornis. Hier kan het gaan om een paniek-

stoornis, een obsessieve compulsieve stoornis, een gegeneraliseerde angststoornis of hypochondrie (10). In het Nemesis onderzoek had 46% van de mannen en 57% van de vrouwen met een stemmingsstoornis in hun leven een geschiedenis van angststoornissen. De meerderheid van de respondenten met zowel angst- als stemmingsstoornissen, kreeg de stemmingsstoornis volgend op de angststoornis. De stemmingsstoornis was in dat geval het gevolg van de angststoornis (59).

### **Persoonlijkheidsstoornissen**

Voor zover onderzocht, geldt dat een aanzienlijk percentage van cliënten met angststoornissen tevens voldoet aan de DSM criteria van een persoonlijkheidsstoornis van het C-cluster. Tot dit cluster, ook wel het 'angstige cluster' genoemd, horen de mensen met een ontwijkende, afhankelijke of obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Er is echter geen duidelijk (statistisch) verband gevonden tussen een specifieke vorm van persoonlijkheidsstoornis en een specifieke angststoornis.(61)

### **Middelen afhankelijkheid**

Angststoornissen treden frequent op samen met ernstig misbruik en/of afhankelijkheid van verslavende en/of verdovende middelen. Uit het NEMESIS onderzoek bleken 2,6% tot 5,5% van de mensen met een angststoornis ook te voldoen aan de criteria voor drugsafhankelijkheid, en 4,5% tot 18,8% aan alcoholafhankelijkheid. Ook komt afhankelijkheid van benzodiazepinen vaak voor.

Middelenafhankelijkheid komt veel voor in combinatie met PTSS. Daarvoor worden in de literatuur (39) twee verklaringen gegeven. Enerzijds kan het zijn dat mensen zichzelf door hun verslaving in gevaarlijke situaties brengen, anderzijds wordt middelengebruik door patiënten vaak ervaren als klachtenreducerend.

Onthoudingsverschijnselen veroorzaken arousal, wat de PTSS-symptomen versterkt. Hierdoor is het vaak erg moeilijk om het middelenafhankelijkheid te doorbreken.

### **Seksespecifieke aspecten**

Angststoornissen komen ruim twee keer zoveel voor bij vrouwen als bij mannen. Dit geldt voor de paniekstoornis, agorafobie, enkelvoudige fobie en de gegeneraliseerde angststoornis (5). Sociale fobieën komt anderhalf keer zoveel voor bij vrouwen dan bij mannen (51). De obsessieve-compulsieve stoornis komt ongeveer evenveel voor bij vrouwen als bij mannen. Hoewel vrouwen relatief gezien een lagere levensprevalentie hebben voor traumata, hebben vrouwen na het meemaken van een dergelijke schokkende gebeurtenis, twee en een half keer zoveel kans op een PTSS dan mannen (5).

**Tabel 3 maandprevalentie (1.000 personen) van angststoornissen NEMESIS.**

	<i>Man</i>	<i>Vrouw</i>
Obsessieve-compulsieve stoornis	3	2
Gegeneraliseerde angststoornis	6	10
Paniekstoornis	8	22
Enkelvoudige fobie	31	80
Sociale fobie	28	47
Agorafobie	6	14

BRON: BIJL ET AL. 1997

In de diagnostiek en de behandeling van angststoornissen dient aandacht besteedt te worden aan seksspecifieke aspecten. Hieronder worden een aantal hiervan genoemd. (63)

#### **Vrouwen**

- de late gevolgen van vroege traumatische gebeurtenissen (incest, mishandeling)
- generationele aspecten (moeder-dochter relatie)
- maatschappelijke positie (opleiding, werk, combinatie werk en gezin)

- specifieke rol in het gezin, opvoeding en huishouding
- kwaliteit van sociaal netwerk en steun binnen het gezin
- grotere kans op medicijnverslaving

#### Mannen

- arbeidsgerelateerde problematiek
- positie als man (vader-zoon relatie, in werk en carrière)
- gevolgen van uitval voor rol in gezin, huishouding en voor werk en status
- grotere kans op alcoholverslaving

#### **Alloctonen / Asielzoekers (63)**

Het is onbekend hoe groot de prevalentie van angststoornissen is onder alloctonen. Ook is niet bekend of er verschillen tussen groepen uit diverse culturen bestaan. De indruk bestaat dat er relatief meer angststoornissen onder allochtone groepen voorkomen. Ook lijkt er relatief vaak sprake van co-morbiditeit met onverklaarde lichamelijke klachten. Bekend is wel dat onder asielzoekers en vluchtelingen een hoog percentage posttraumatische stressstoornissen voorkomen. Dit hangt uiteraard samen met de redenen en omstandigheden waaronder zij naar Nederland zijn gekomen.

In onderzoek onder vluchtelingen zijn PTSS prevalentie percentages van 6 tot 11% gevonden (5).

## Hoofdstuk 3 Hulpvraag

### Hulpvraag

*“De vraag om hulp zoals de cliënt en / of de mensen in zijn / haar omgeving deze stellen.”*

- A De hulpvraag in zorgprogramma's
- B Wat is de hulpvraag in het zorgprogramma angststoornissen?
- C Regionaal bepaalde aspecten

### A De hulpvraag in zorgprogramma's

De hulpvraag is de vraag om hulp zoals iemand met een psychische stoornis of de omgeving deze stelt. In een zorgprogramma wordt de hulpvraag uitgewerkt omdat dit het uitgangspunt vormt voor de uiteindelijke behandeling. Iemand komt in contact met een hulpverlener als hulp gevraagd wordt bij psychische of somatische problemen. De basis voor een doelgericht behandeltraject wordt gelegd door het afstemmen van de visie op de problematiek van de hulpvrager én die van de hulpverlener (naar beider tevredenheid).

Op individueel niveau is de hulpvraag het uitgangspunt van hulpverlening in het zorgprogramma. Samen met de cliënt zoekt de hulpverlener naar de aard of de oorzaken van de stoornis. Het eigen inzicht van de cliënt in aard en oorzaken staat hierbij voorop. De deskundigheid van de professionele hulpverlener wordt aangewend om het inzicht van de cliënt te vertalen in de diagnose en een passende vorm van hulpverlening. Het gaat er om de hulpvraag zo goed mogelijk te inventariseren. Inzet moet zijn om zowel de expliciete hulpvraag als de meer impliciete, latente hulpvraag helder in beeld te krijgen. Het zorgprogramma moet aanknopingspunten bieden om problemen op te lossen op alle levensgebieden waarop cliënt en hulpverlener samen een hulpvraag formuleren.

Er wordt een onderverdeling gemaakt in hulpvragen van de persoon met een psychische stoornis en hulpvragen uit diens omgeving. Iemand zoekt zelf hulp als hij of zij kan inschatten dat de draaglast van de psychische stoornis te groot wordt. Meestal gebeurt dit als er een ernstige interferentie is opgetreden van de klachten met één of meer belangrijke levensgebied(en), zoals verderop beschreven wordt. Indien het gaat om mensen met ernstige en / of recidiverende stoornissen, is de hulpvraag juist vaak afkomstig uit de omgeving van degene met een psychische stoornis. Er wordt contact gezocht met een hulpverlener als de draagkracht van het systeem overschreden wordt.

Over de hulpvraag bestaat niet altijd overeenstemming tussen de cliënt en diens omgeving. Het is meestal van belang dat relevante sleutelfiguren uit het systeem van de cliënt betrokken worden om tot een duidelijke hulpvraag en een juiste afstemming te komen op het behandelaanbod. Wanneer er sprake is van ernstige, levensbedreigende ontregelingen, zoals suïcidaliteit moet de omgeving van de cliënt intensief betrokken worden bij de behandeling en bescherming van de cliënt. Een enkele keer zal het noodzakelijk zijn dat de behandelaar de verantwoordelijkheid geheel overneemt en bijvoorbeeld de (suïcidale) cliënt tegen zichzelf beschermt door een onvrijwillige opname. (62)

### B Wat is de hulpvraag in het basisprogramma angststoornissen?

Angststoornissen hebben een grote impact op het functioneren van de hulpvrager en op de directe personen in zijn omgeving. De hulpvraag kan betrekking hebben op de aanwezige klachten, maar zal vaak ook andere problemen betreffen. Dit zijn dan onder andere chronische depressieve klachten, (psychogene) lichamelijke klachten, arbeidsproblemen, relatieproblemen, slaapstoornissen, nachtmerries en/of verslavingsproblematiek. De hulpvraag kan gericht zijn op het opheffen van de angstverschijnselen als zodanig, het verkrijgen van hulp bij de omgang met de angstverschijnselen (controle krijgen over de angst door het opdoen van nieuwe copingstrategieën) of zich concentreren op de negatieve consequenties van de angststoornis voor het sociaal en maatschappelijk functioneren van de betrokkene. (63, 2)

Vaak generen mensen zich om met hun klachten naar buiten te treden. Om een persoon met angst klachten goed te kunnen behandelen moet een professionele analyse (diagnostiek) van de klachten en symptomen gemaakt worden. Dat is geen eenmalige gebeurtenis, het zal meerdere keren herhaald moeten worden om nieuwe informatie te krijgen en daarmee het behandelplan bij te kunnen stellen.

### ***Hulpvragen op de levensgebieden***

Bij het helder krijgen van de hulpvraag worden de problemen of klachten geïnventariseerd op verschillende levensgebieden. Mensen met een angststoornis ervaren niet altijd op alle gebieden problemen. Welke problemen ervaren worden is erg afhankelijk van het type angststoornis. Een cliënt met een enkelvoudige fobie zal bijvoorbeeld maar op enkele onderdelen van leefgebieden problemen ervaren, terwijl iemand met een obsessieve-compulsieve stoornis op vele leefgebieden met de stoornis geconfronteerd zal worden (20).

#### ■ *Psychisch functioneren*

In de acute fase van een angststoornis zijn hulpvragers vaak extreem gespannen, angstig, somber en onzeker. Vaak ontwikkelen zij façadegedrag om schuldgevoelens en schaamte te verbloemen en als extreme poging zich staande te houden. In deze fase nemen somatische klachten en de zorgen die de hulpvrager zich hierom maakt een centrale rol in. Dit uit zich onder andere in veelvuldige bezoeken aan huisarts en EHBO. Het evenwicht tussen draaglast en draagkracht is verstoord. Dit kan zich uiten in overactiviteit of juist tot niets komen. Hulpvragers hebben vaak last van concentratieproblemen of sufheid. Dit belemmert normale handelingen zoals autorijden of lezen. Door dit alles ontstaat vervreemding van anderen. Er is geen ruimte voor iets anders dan problemen. De omgeving beleeft deze problemen vaak anders dan de hulpvrager.

#### ■ *Sociaal functioneren*

Angstige mensen hebben de neiging afstand te nemen van anderen. Zij gaan contacten vermijden en leiden een teruggetrokken leven, zowel in geestelijke als lichamelijke zin. Na een tijdje ontbreekt een divers en geïnformeerd netwerk. Vaak kennen hulpvragers hun burens niet of nauwelijks. Ook familie of naasten zijn niet goed meer op de hoogte van problemen. Het onderhouden, vinden en aangaan van intieme relaties kan moeilijk zijn. Veel hulpvragers hebben problemen in de relaties met hun ouders en hun eigen kinderen.

#### ■ *Lichamelijke symptomen en seksualiteit*

Lichamelijke symptomen komen vrijwel altijd voor bij angststoornissen. Klachten als een kloppend of bonzend hart, versnelde hartslag, zweten, trillen of beven, gevoelens van ademnood, het gevoel te stikken. etc. Verder kunnen er bijvoorbeeld concentratieproblemen optreden en spierspanningsklachten. Er kan sprake zijn van een verstoord dag- en nachtritme, bijvoorbeeld: slaapproblemen, 's ochtends niet op kunnen staan of juist vroeg wakker worden en problemen met seksualiteit (vooral een verminderd libido).

#### ■ *Dagstructurering, werk en opleiding*

Het zelf aanbrengen van een goede dagstructuur kan grote problemen opleveren. Op tijd opstaan en de dag doorkomen is zonder hulp soms onmogelijk. Een angststoornis kan ook problemen op het werk of op school tot gevolg hebben. De omgang met collegae of medestudenten verloopt moeizamer. Concentratieproblemen kunnen het werk of de studie belemmeren.

#### ■ *Woonomgeving*

Het behouden en verkrijgen van geschikte woonruimte kan een probleem zijn, vooral wanneer verlies van werk en inkomsten aan de orde is. Mensen kunnen daarnaast kampen met praktische problemen in de huishouding, bij de administratie, bij het boodschappen doen, het naar buiten gaan en bij de verzorging van kinderen en dieren.

#### ■ *Clïënt zijn en zingeving*

Mensen met een angststoornis worden in hun normale functioneren belemmerd door reacties van anderen op de problematiek. Sommigen hebben het gevoel door hun omgeving na een periode van angst nooit meer als

gezond of volwaardig gezien te worden. Elke sterke emotie of uitlating wordt dan gekoppeld aan de ziekte. Het is voor de persoon met de angststoornis vaak moeilijk de problemen een plaats te geven en om te gaan met een veranderd zelfbeeld. Aanvaarden dat je kampt met een ziekte en functioneert met beperkingen is voor veel mensen erg moeilijk. Het sombere levensbeeld heeft een negatieve invloed op de toekomstverwachtingen.

### **De hulpvraag in de eerste lijn (54, 64)**

De huisarts, de eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werk kunnen een actieve rol vervullen bij de opsporing van de eigenlijke hulpvraag, diagnostiek en behandeling van angststoornissen. De meeste mensen met een angststoornis zullen de huisarts niet spontaan over hun angsten informeren. Het herkennen van angststoornissen is moeilijk. Een huisarts kan aan een angststoornis denken bij:

- frequent spreekuurbezoek voor wisselende en onderling niet samenhangende klachten,
- aanhoudende specifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen,
- toename van ziekteverzuim,
- aanhoudende functionele lichamelijke klachten waarbij de persoon nauwelijks of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden, vooral bij onbegrepen duizeligheid en hartkloppingen zou een huisarts aan een angststoornis kunnen denken,
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen,
- alcohol - of drugsproblemen,
- depressie,
- een traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis,
- opvallende veranderingen in het functioneren door verminderde professionaliteit of door vermijdingsgedrag.

Naar schatting zoekt ongeveer 75% van de mensen met een angststoornis hulp in de eerste lijn. Daarvan wordt ongeveer 40% als angststoornis herkend en van dat aantal wordt ongeveer 25% doorverwezen naar de tweede lijn. Het merendeel van de personen met een angststoornis wordt dus buiten de tweede lijn behandeld, terwijl een groot aantal van de angststoornissen niet wordt herkend (61). Dat komt voor een groot deel door de presentatie van de klachten.

Het blijkt dat veel hulpvragers met een angststoornis de huisarts niet consulteren voor angst of vermijdingsgedrag, maar voor gespannenheid, hyperventilatie of lichamelijke klachten. Uit onderzoek is gebleken dat de kans op het niet herkennen van de angststoornis in de huisartspraktijk samenhangt met de ernst van de gepresenteerde lichamelijke symptomen. Hoe ernstiger de symptomen zijn, hoe groter de kans op het niet herkennen van de angststoornis. Daarnaast schamen mensen zich om over hun angsten te praten. Het is van belang dat de huisarts hiervoor begrip toont, omdat anders het vermijdingsgedrag kan toenemen, wat kan lijden tot een toename van angst en eenzaamheid. Dit samen leidt tot 'onderdiagnostiek' van angststoornissen. In de huisartsgeneeskunde kan dit in belangrijke mate verklaard worden door:

- de presentatie van somatische klachten door de cliënt met een angststoornis
- de onbekendheid van de cliënt met angststoornissen
- het feit dat de gepresenteerde klachten door aanwezigheid van psychosociale problematiek en/of lichamelijke ziekten begrepen kunnen worden;
- de moeite die het huisarts en cliënt soms kost om aanwezige problematiek psychisch of psychiatrisch te benoemen.

Angststoornissen hebben onbehandeld een chronisch beloop, maar ongeveer 25% geneest spontaan. Op een behandeling reageert ongeveer 70% van de cliënten goed (5). Er is evenwel kans op recidiven en bij sommige mensen zullen de angstklachten chronisch als achtergrondruis blijven bestaan, soms met ernstige invaliderende consequenties.

## Verheldering en beïnvloeding van de hulpvraag

Als de huisarts of een andere behandelaar het vermoeden heeft dat er sprake is van een angststoornis, kan meer zekerheid gekregen worden door te vragen naar buitensporige angst. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van de volgende vragen:

- Voelt u zich angstig; heeft u onbestemde angstgevoelens; maakt u zich veel zorgen?
- Vindt u de angsten of bezorgdheden reëel; kunt u ze begrijpen?
- Belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

Cliënten hebben meestal een persoonlijke visie op hun angststoornis(sen) ontwikkeld. Dit beeld heeft voornamelijk betrekking op het ontstaan van de ziekte en zingeving ervan voor het eigen leven. Deze persoonlijke visie kan de voorkeuren voor behandeling en het overleg met hulpverleners beïnvloeden.

Het is voor de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener van belang dat beide partijen hun visie op de problematiek uiten en nagaan of men verschillend over de problemen en hun oorzaken denkt. Mensen met angststoornissen hebben de neiging hun klachten lichamelijk te verklaren en het kan moeilijk zijn voor hulpverleners om dat somatisch denkkader van de cliënt te vertalen naar een psychologisch denkkader. Door de veelal aanwezige comorbiditeit kunnen hulpverleners naar een zijspoor geleid worden. Consultatie vanuit de tweedelijns GGZ kan hier hulp bieden. (63)

Er zijn de afgelopen jaren verschillende projecten gestart waarbij de tweedelijns GGZ de eerste lijn ondersteunt, in eerste instantie door middel van het bieden van consultatie. Een van de meest voorkomende vormen hiervan is een sociaal psychiatrisch verpleegkundige die een aantal uren werkzaam is in de eerste lijn. Uit onderzoek van het NIVEL (66) bleek dat de meeste consultaties door de huisarts aangevraagd worden. De reden voor de aanvraag is in bijna de helft van de gevallen onduidelijkheid over de diagnose. In ongeveer 17% van de gevallen gaat het dan om patiënten met angst- en spanningsklachten.

De hulpvraag zal over het algemeen afkomstig zijn van de betrokkene zelf, omdat deze de meeste lijdendruk ervaart. De hulpvraag kan ook uit de omgeving van de cliënt komen. Het functioneren van mensen met angststoornissen is vaak sterk belastend voor hun systeem, dat als geheel sterk kan worden beperkt in het normale functioneren of sterk compenserend moet optreden. (61, 63)

Paniekstoornissen en de gegeneraliseerde angststoornis zijn in de eerste lijn goed te behandelen. Personen met een sociale fobie, OCS of PTSS kunnen beter direct naar de tweede lijn doorgestuurd worden, omdat medicatie alleen bij deze aandoeningen niet afdoende is.

Verwijzing naar de tweede lijn vindt voor alle angststoornissen plaats wanneer de angststoornis ernstig interfereert met het functioneren van de betrokkene op belangrijke levensgebieden als werk, relatie en sociale contacten. De hulpvraag ontstaat meestal als de tot dusver gehanteerde copingstrategieën tekort blijken te schieten waardoor functieverlies en een sterke invalidering optreden. Vaak heeft de hulpvraag bij aanmelding betrekking op reeds lang bestaande angstverschijnselen, omdat angststoornissen nogal eens schuilgaan achter tal van lichamelijke klachten en in de eerste instantie niet altijd als zodanig worden herkend.

Regelmatig bestaat er bij mensen met angststoornissen een sterke somatisering en gebruiken zij al langere tijd door de huisarts voorgeschreven medicatie (m.n. benzodiazepines en anti-depressiva). (61,63)

Na een check op de diagnose door de huisarts, richt de analyse in de tweede lijn zich vooral op het in kaart brengen van factoren die de angstklachten veroorzaken en in stand houden, alsook de consequenties van de klachten. Daarnaast worden ook factoren uit andere levensgebieden in kaart gebracht. De nadere classificatie van de angststoornis in de tweede lijn vindt (over het algemeen) met behulp van de DSM-IV plaats.

## C Regionaal bepaalde aspecten

### Hulpvraag van specifieke doelgroepen

- **Allochtonen**

Mensen uit andere culturen vertalen een psychisch probleem eerder naar een lichamelijk probleem. Veel allochtonen behoren tot de groep mensen met niet herkende psychische problemen. Zij consulteren de huisarts voor lichamelijke problemen terwijl er mede sprake is van een psychisch probleem.

De attitude waarvan uit diagnostiek en behandeling vorm krijgt wordt bij voorkeur gekenmerkt door:

- een respectvolle houding ten aanzien van cultuur en cultuurgebonden klachteninterpretatie en bijzondere aandacht voor relationele aspecten in het opbouwen van een vertrouwensrelatie,
- verscherpen van multiculturele en multimethodische optiek ten aanzien van angstproblematiek,
- een a-priori niet afwijzende houding en/of dominantie van de eigen cultuur van de hulpverlener,
- een open, alerte attitude om de problematiek te begrijpen in de juiste (culturele) en individuele context,
- een flexibele therapeutische stijl om een klachtenverklaring te formuleren die past in de belevingswereld van de cliënt,
- niet willen 'overhalen' om de algemene erkende westerse klachteninterpretatie te aanvaarden,
- de grotere, bestaande distantie tussen hulpverlener en cliënt met extra therapeutische activiteiten overbruggen,
- andere diagnostische activiteiten om zicht op de persoon achter de culturele presentatie duidelijk te krijgen,
- verantwoorde improvisatie met technieken en methodieken zonder inbreuk te doen op de theoretisch-technische uitgangspunten en principes,
- meer bereidheid tot consultatie, samenwerking, overleg en het werken in specifieke behandelteams.

De behandeling van angststoornissen bij allochtonen in principe niet anders dan bij autochtonen. Er zijn wel nuanceverschillen. Er is vaak een overdaad aan sociale problematiek, dat zicht op de stoornis in engere zin kan ontnemen. De presentatie van klachten is vaker van somatische aard. Allochtonen zijn meer extern gericht en klachten worden vaker verklaard door externe factoren. (63)

- **De groep zonder hulpvraag**

Bij een groep mensen met psychische problemen is er geen sprake van een expliciete hulpvraag. Het vereist daarom een zekere gevoeligheid en inspanning om de behoeften van deze groep waar te nemen of op te sporen. Van de kant van de doelgroep kunnen er signalen zijn die duiden op dreigende psychische problematiek of al bestaande problematiek die uit de hand dreigt te lopen. Een belangrijke bron van informatie zijn mensen uit de doelgroep zelf en de zogenaamde intermediairen (overige hulpverleners en anderen die in hun werk te maken hebben met mensen met psychiatrische problemen).



## Hoofdstuk 4 Doelen

### Doelen van het programma

*“De wenselijke eindsituatie waartoe het programma bij de omschreven doelgroep zou moeten leiden.”*

**A** Doelen in zorgprogramma's

**B** Doelen in het zorgprogramma angststoornissen

### A Doelen in zorgprogramma's

Ieder programma dient duidelijk omschreven doelen te hebben. Vanuit dit doel kan het programma getoetst en de kwaliteit gemeten worden. De vraaggerichte hulpverlening en professionele kwaliteit van die hulpverlening vormen het centrale en overkoepelende doel in een zorgprogramma. Hieruit worden concretere (behandel)doelen afgeleid. Individuele doelen worden pas concreet als de professional in samenspraak met de hulpvrager een zorgplan opstelt.

Het zorgprogramma functioneert als onderhandelingskader bij het opstellen van het individuele zorgplan. Het programma geeft een opsomming van de mogelijkheden waaruit door de hulpvrager en hulpverlener een optimaal pakket aan zorg geselecteerd kan worden. Waar mogelijk wordt inzicht gegeven in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Een algemeen uitgangspunt van dit zorgplan is het aansluiten op de wensen en behoeften van de hulpvrager (62).

### Behandeldoelen van de individuele cliënt

De behandeling in het programma dient te leiden tot een wenselijke eindsituatie. De doelstellingen die tot deze wenselijke eindsituatie van de behandeling moeten leiden zijn in concrete termen geformuleerd in het zorgplan. Er moet een relatie bestaan tussen elk gehanteerd onderdeel van het hulpaanbod en de geformuleerde doelen. Of de genoemde doelstellingen gehaald zijn kan bezien worden door regelmatig de resultaten van de behandeling te evalueren. Een positieve evaluatie kan een reden zijn om de behandeling af te bouwen of te beëindigen. In geval van een negatieve evaluatie of complicaties dient de behandeling bijgesteld of geïntensiveerd worden. De doelen worden in de volgende paragraaf voor preventie en behandeling verder beschreven.

### B Doelen in het basisprogramma angststoornissen

De eerst beschreven doelen van het basisprogramma zijn preventief en richten zich op de grote groep mensen waarbij de diagnose angststoornis (nog) niet gesteld is. Daarna komen doelen aan bod die zich richten op diagnose en behandeling van mensen die met een angststoornis in behandeling komen. Voor de meeste cliënten is het (enige) doel volledig en blijvend herstel van de angststoornis. Dit is niet altijd mogelijk omdat sommige mensen vatbaar blijven. Het leren omgaan met deze kwetsbaarheid en het voorkomen van een volgende ziekteperiode is dan een belangrijk neven doel van de behandeling. Ook kan het leren omgaan met de ziekte (o.a. door contact met lotgenoten) een expliciet doel van de behandeling zijn.

### Preventiedoelen

Preventieve interventies zijn interventies om ernstige psychische problemen te voorkomen, dan wel tijdig op te sporen en te behandelen. Daarnaast zijn er ook preventieve activiteiten mogelijk als iemand al een ernstig psychisch probleem heeft. Preventie is dan bijvoorbeeld bedoeld om de gevolgen van de aandoening voor de persoon en zijn omgeving te verzachten of om te voorkomen dat deze persoon ook nog andere aandoeningen krijgt.

De angstpreventie zou een belangrijk onderdeel van het zorgprogramma angststoornissen moeten vormen. Vanuit het perspectief van de publieke gezondheid dient er naar gestreefd te worden het aantal prevalentie personen in de populatie zo laag mogelijk te houden.

De belangrijkste doelen voor angstpreventie zijn:

- het voorkomen of beperken van nieuwe gevallen met angststoornissen,
- complicaties vermijden (ernstiger worden van de angststoornis en het ontstaan van bijkomende stoornissen bijvoorbeeld depressie),
- het voorkomen van terugval na herstel.

Als additionele doelen voor preventie kunnen gesteld worden:

- voorkomen dat de stoornis te veel nadelige complicaties krijgt, bijvoorbeeld in termen van verlies van kwaliteit van leven,
- zoveel mogelijk beperken van het risico op het ontwikkelen van een andere dan de angststoornis.

### **Behandeldoelen**

Zoals gezegd geneest 75% van de mensen met een angststoornis niet spontaan. De behandeling draait in algemene termen om:

- symptoom- en klachtenreductie,
- symptoommanagement,
- traumaverwerking (bij posttraumatische stressstoornis),
- verbetering van het functioneren van het systeem /gezin,
- ontwikkelen van een positief zelfbeeld (met name bij sociale fobieën),
- acceptatie van kwetsbaarheid en beperkingen,
- terugdringen van medische consumptie en benzodiazepinegebruik (12).

De prognose van een angststoornis kan sterk wisselen en is erg afhankelijk van de aard van de stoornis, de ernst van de stoornis en de (on)mogelijkheden van de cliënt om van de hulp te profiteren. Vanuit dit perspectief luiden de behandeldoelen van het programma: (62, 63)

#### ■ *Informatieverschaffing en betekenisgeving*

Van belang is dat de angst- en de daarmee samenhangende somatische klachten geïdentificeerd worden, een betekenis krijgen. Dit kan door de cliënt, voor zover mogelijk, te informeren over het ziektebeeld, de behandel mogelijkheden, de mogelijke investering in tijd en geld, het belang van de eigen motivatie om van de klachten af te komen en de kansen op verbetering. Deze betekenisgeving is van groot belang wil de cliënt de angststoornis een plaats kunnen geven in zijn of haar leven. Het horen van de diagnose geeft duidelijkheid over wat er aan de hand is en geeft aan dat er sprake is van een ziekte waarvoor een behandeling bestaat. Cliënten kunnen hieraan een verschillende betekenis toekennen: voor de een kan deze duidelijkheid een opluchting betekenen terwijl een ander er uitsluitend een negatieve betekenis aan geeft. Deze gesprekken kunnen op zich een (onderdeel van de) behandeling vormen. (62)

Tot het specifieke doel wordt ook gerekend het bevorderen van de acceptatie van een psychologische verklaring van lichamelijke klachten, het (weer) hanteerbaar maken van de angstklachten en het verminderen dan wel opheffen van vermijdingsreacties. Uitgangspunt is de hulpvraag van de cliënt, waarbij niet meer hulp geboden wordt dan noodzakelijk.

#### ■ *In kaart brengen van de problematiek*

De problematiek wordt in kaart gebracht door middel van een persoonlijk gesprek met een hulpverlener. Als op basis van dit gesprek geen duidelijke diagnose gesteld kan worden, dan wordt verdere diagnostiek gedaan. Met een vragenlijst of ander instrument wordt het beeld van de problematiek verder verhelderd. Van belang is dat de diagnose door de hulpverlener én de cliënt onderschreven wordt. Dit vormt het vertrekpunt voor het bestrijden van de symptomen. Daarnaast hebben de gesprekken vaak een therapeutisch effect.

#### ■ *Bestrijden of reduceren van de symptomen en belastende factoren*

Het specifieke doel van een regionaal zorgprogramma is het op vraaggerichte wijze verlenen van hulp bij bijvoorbeeld het opheffen of in belangrijke mate reduceren van de klachten, alsmede de directe en indirecte

gevolgen ervan, zowel voor de cliënt als diens relevante (leef- en werk-) omgeving. De symptomen worden bestreden door behandeling in de vorm van medicatie en/of gesprekken. Primair doel hierbij is angstuitdoving, veranderen van de aard, ernst en frequentie van de angstklachten en het doorbreken van vermijdingsgedrag. Indien er sprake is van een lichtere problematiek kan de huisarts de behandeling uitvoeren. Als de problematiek zwaarder/complexer (sociale fobie, OCS, PTSS) is dan wordt gericht gezocht naar een gespecialiseerde hulpverlener in de eerste of tweede lijn.

#### ■ *Realiseren van het beperken van de gevolgen*

Bij het streven naar verbetering van de toestand van de cliënt worden de gevolgen van de angststoornis zoveel als mogelijk beperkt. Het gaat hier om de directe gevolgen (lichamelijke problemen, zelfverwaarlozing, suicidaliteit) en indirecte gevolgen (sociale schade). Centraal staan ook de gevolgen voor het systeem (partner, kinderen en andere verwanten).

Een ernstige angstige periode is een ingrijpende ervaring. Het gevoel de gebeurtenissen niet onder controle te hebben betekent een aantasting van het zelfvertrouwen. Dit kan uiteindelijk tot een sterk verlies van eigenwaarde leiden. Het verwerken van de gevolgen is een persoonlijk, uniek proces waarin iemand de draad van het leven weer probeert op te pakken. In veel gevallen gaat het niet om genezing maar om een actieve acceptatie van beperkingen en problemen als gevolg van de angststoornis. Het verwerken van de gevolgen en consequenties kan een langdurig en complex proces zijn waarin stap voor stap de controle op het eigen leven weer hervonden wordt.

#### ■ *Het herkennen van terugval en chroniciteit*

Voor afsluiting van de therapie lijkt het zinvol om cliënten alert te maken op mogelijke signalen voor terugval. Aansluitend kan hen 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. Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, is het verstandig om goede afspraken te maken met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om snel in te grijpen bij mogelijke terugval. (64)

Angststoornissen zijn in veel gevallen geheel of gedeeltelijk te behandelen. Zoals gezegd, reageert een meerderheid van de cliënten reageert goed op behandeling (5). Een deel van de cliënten zal moeten leren leven met de blijvende beperkingen ten gevolge van de angststoornis. Wanneer het volledig verdwijnen van de klachten of vermijdingsreacties niet (meer) mogelijk blijkt, wordt het beter omgaan met resterende klachten het behandel-doel. Een angststoornis blijft, ook voor een genezen cliënt, een zwakke plek waar men mee moet leren leven. Het zal veel energie kosten om op het bereikte niveau te blijven functioneren. Aandacht voor het verwerken van dit gegeven, het rouwproces daaromtrent en het stigma van 'psychiatrisch patiënt' is belangrijk. (64) Cliënten zullen steeds geïnformeerd worden over de mogelijke keuzen en de ontwikkelingen rond nieuwe (behandel)mogelijkheden.

#### ■ *Verbeteren/herstellen van het sociale functioneren*

Een veel voorkomend gevolg van angststoornissen (minder bij een specifieke fobie en bij de minder zware vormen van hypochondrie) is dat cliënten zich in meer of mindere mate terugtrekken uit het sociale leven. Deelname aan het maatschappelijke verkeer is van belang bij het zin en inhoud kunnen geven aan het eigen leven en het zelfstandig kunnen functioneren. Er worden zowel op materieel als immaterieel gebied randvoorwaarden gesteld. Belang wordt gehecht aan sociale steun en contact met lotgenoten, evenals aan een tolerante omgeving waarin plaats is voor psychische problemen.

Als er sprake is van verzuim van werk, is terugkeer naar werk in de herstelfase van de angststoornis van belang. Het oppakken van werk na een periode van angst is niet altijd eenvoudig en er kan behoefte aan steun en hulp zijn.



## Hoofdstuk 5 GGZ preventie

### GGZ preventie

*“Het zoveel mogelijk voorkomen van ernstige angststoornissen en het versterken van de geestelijke gezondheid in het algemeen.”*

- A Preventie in zorgprogramma's
- B Wat is de plaats van preventie in het basisprogramma angststoornissen?
- C Regionaal bepaalde aspecten

### A Preventie in zorgprogramma's

De meeste GGZ programma's die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn, beginnen op het moment dat de cliënt in de tweedelijns GGZ binnenkomt, en richten zich daardoor op hulpvragers met meer ernstige psychische problematiek. Veel minder aandacht ging uit naar de omschrijving van het preventieve aanbod. Er is wel een groeiend aanbod van landelijk gerichte preventieve programma's. (60)

Er worden binnen preventie vier vormen onderscheiden:

- *Universele preventie* is gericht op de algemene bevolking of een deel daarvan dat niet geïdentificeerd wordt aan de hand van een specifiek risico. Een interventie is gepast als het voor iedereen wenselijk is en de kosten ervan laag zijn. Bijvoorbeeld een mediacampagne voor de hele bevolking.
- *Selectieve preventie* is gericht op diegenen bij wie het risico op het ontwikkelen van een psychische stoornis aanzienlijk groter dan gemiddeld is, zonder dat die personen al symptomen hebben. Dit kunnen ook mensen uit de omgeving van iemand met een (meer ernstige) angststoornis zijn.
- *Geïndiceerde preventie* is gericht op individuen die niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een psychische stoornis, maar die al wel beperkte symptomen hebben voorafgaand aan de stoornis.
- *Zorggerichte preventie* is gericht op mensen die een psychische aandoening hebben volgens de DSM-IV criteria. Doelen zijn het voorkómen van terugval, herhaling en comorbiditeit. Zorggerichte interventies kunnen ook gericht zijn op de mensen in de directe omgeving van degenen met een stoornis.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen *GGZ preventie* en *geestelijke gezondheidsbevordering*. Geestelijke gezondheidsbevordering gaat primair om het versterken van de geestelijke gezondheid van mensen, bijvoorbeeld door het vergroten van hun competentie in het omgaan met problemen, het versterken van sociale steunstructuren, of het bevorderen van een positief zelfbeeld. Het lijkt daarmee op universele preventie, maar mist de gerichtheid op het voorkómen van ernstige psychische problemen die universele preventie gemeen heeft met de andere vormen van GGZ preventie. (53)

### B Wat is de plaats van preventie in een basisprogramma angststoornissen?

In dit basisprogramma angststoornissen worden zowel het preventieve aanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ beschreven. Dit sluit aan bij het in de inleiding beschreven model, waarin de geestelijke gezondheid en daarmee ook de geestelijke gezondheidszorg als een continuum beschouwd worden.

### Risico- en beschermende factoren

GGZ preventie werkt volgens de risicobenadering: interventies zijn bedoeld om risicofactoren te verminderen of beschermende factoren te vergroten. Preventieve interventies zijn met name zinvol voor paniekstoornissen, gegeneraliseerde angststoornissen en sociale fobieën (53).

In de literatuur wordt weinig onderscheid gemaakt tussen de risicofactoren voor depressie en de risicofactoren voor (de meeste) angststoornissen. De risicofactoren voor beide aandoeningen zijn een combinatie van sociale,

biologische en psychische factoren. Sommige van de onderstaande factoren zijn te beïnvloeden via interventies. Andere zijn niet te beïnvloeden, maar helpen wel inzicht te geven in de groepen met een verhoogd risico.

## **Gegeneraliseerde angststoornis (50, 51)**

### ***Geslacht en leeftijd***

- In Nederland hebben vrouwen een bijna 2 keer zo grote kans op een gegeneraliseerde angststoornis als mannen.
- Over het algemeen komt de aandoening het minst voor bij kinderen en adolescenten en neemt het risico toe met de leeftijd.
- Bij mannen ontstaat de gegeneraliseerde angststoornis vooral tussen 45 en 54 jaar. Voor vrouwen is er geen duidelijke periode aan te wijzen waarin de gegeneraliseerde angststoornis vooral ontstaat.

### ***Individuele kwetsbaarheid***

- Gegeneraliseerde angststoornis heeft een erfelijke component, zoals onder meer blijkt uit tweelingonderzoek. Omgevingsinvloeden bepalen vervolgens of de stoornis ontstaat.
- Verschillende neurotransmitterstoffen - bijvoorbeeld serotonine, noradrenaline, histamine en dopamine - spelen waarschijnlijk een rol bij het ontstaan van de gegeneraliseerde angststoornis.
- Mensen die zich langdurig (tenminste 1 maand) zorgen maken lopen een verhoogd risico een gegeneraliseerde angststoornis te krijgen.

### ***Omgevingsfactoren***

- Mensen met een lage sociaal economische status (SES) lopen meer kans op een gegeneraliseerde angststoornis.
- In steden komt gegeneraliseerde angststoornis vaker voor dan op het platteland.

### ***Levensgebeurtenissen***

- Een stressvolle gebeurtenis kan de aanleiding zijn voor het ontstaan van de gegeneraliseerde angststoornis, vooral bij mensen die door erfelijke en biologische factoren extra kwetsbaar zijn voor gegeneraliseerde angststoornis. Mogelijk ervaren deze kwetsbare mensen een gebeurtenis eerder als stressvol.

## **Obsessieve-compulsieve stoornis (50, 51)**

### ***Geslacht en leeftijd***

- Uit Nederlands onderzoek bleek geen verschil tussen mannen en vrouwen in de kans op obsessieve-compulsieve stoornis. In Amerikaans en Noors onderzoek bleken vrouwen echter een 1,5 tot 2 keer zo grote kans te hebben.
- Jongeren van 18 tot 24 jaar hebben meer kans op een obsessieve-compulsieve stoornis dan oudere leeftijdsgroepen

### ***Individuele kwetsbaarheid***

- Erfelijke factoren zijn mede van invloed op het ontstaan van de obsessieve-compulsieve stoornis, blijkend uit het familiale voorkomen ervan. Dit geldt vooral voor de obsessieve-compulsieve stoornis met obsessies, en bij het ontstaan van obsessieve-compulsieve stoornis op jeugdige leeftijd.
- Bij kinderen met een lagere intelligentie dan gemiddeld komt de obsessieve-compulsieve stoornis vaker voor.

### ***Omgevingsfactoren***

- Obsessieve-compulsieve stoornis komt meer voor bij mensen zonder werk, bij gescheiden mensen, en bij mensen uit lagere sociaal-economische klassen.

### ***Levensgebeurtenissen***

- Bij mensen die al kwetsbaar zijn, kan het ontstaan van een obsessieve-compulsieve stoornis samenhangen met het meemaken van belangrijke levensgebeurtenissen (bijv. zwangerschap of echtscheiding).

## **Paniekstoornis (50, 51)**

### ***Geslacht en leeftijd***

- In Nederland lopen vrouwen 2 tot 3 maal meer kans dan mannen om paniekstoornis te krijgen.
- Met het ouder worden daalt de kans op het krijgen van een paniekstoornis.

### ***Individuele kwetsbaarheid***

- Erfelijkheid; blijkt uit het familiale voorkomen van paniekstoornis.
- Stoffen als lactaat, kooldioxide en cafeïne kunnen een paniekaanval opwekken bij mensen die dat al eens hebben meegemaakt. Dit wijst mogelijk op een lichamelijke component in de oorzaak van paniekaanvallen.
- Lichamelijke aandoeningen (bijvoorbeeld mensen met een geschiedenis van bepaalde hartklachten hebben een verhoogde kans op paniekstoornis).

### ***Omgevingsfactoren***

- Onder laag opgeleide mensen komt paniekstoornis meer dan 8 keer zo vaak voor als onder hoog opgeleiden.
- Mensen die hun partner hebben verloren, of zijn gescheiden, lopen 2 tot 3 keer meer kans op paniekstoornis dan gehuwden.
- Mogelijk spelen ook psychosociale factoren, zoals geringe mate van sociale steun, een rol in het ontstaan van paniekstoornis.

### ***Levensgebeurtenissen***

- Belastende levensgebeurtenissen gaan vaak aan het ontstaan van paniekstoornis vooraf. Dit geldt vooral voor vrouwen. Vooral het verlies van iets of iemand ('loss events') hangt samen met het ontstaan van paniekstoornis.
- Ongunstige gebeurtenissen in de jeugd vergroten de kans dat iemand als volwassene paniekstoornis krijgt.

## **Sociale fobie (50, 51)**

### ***Geslacht en leeftijd***

- In Nederland lopen vrouwen anderhalf maal meer kans op sociale fobie dan mannen. Dit komt overeen met Amerikaanse cijfers.

### ***Individuele en sociale kwetsbaarheid***

- Erfelijke factoren zijn mede van invloed op het ontstaan van sociale fobie, blijkt uit het familiale voorkomen ervan.
- Mensen met sociale fobie hebben in veel gevallen minder sociale vaardigheden.

### ***Omgevingsfactoren***

- Onder laag opgeleide mensen komt sociale fobie 3 keer zo vaak voor als onder hoogopgeleiden.
- Alleenstaanden lopen een 2 keer zo grote kans op sociale fobie, vergeleken met gehuwden of samenwonenden.
- Werklozen hebben ongeveer 2 keer zo veel kans op sociale fobie dan mensen met een baan of huisvrouwen/-mannen.
- Een gebrek aan of lage mate van sociale steun vergroot de kans op het ontwikkelen van een sociale fobie.

### ***Levensgebeurtenissen***

- Vernederende sociale gebeurtenissen en de reactie daarop houden verband met het ontstaan van sociale fobie.
- Seksueel geweld door bekenden in de vroege kindertijd is de levensgebeurtenis die het sterkst samenhangt met het ontstaan van sociale fobie.

## **Specifieke fobie (50, 51)**

### ***Geslacht en leeftijd***

- Specifieke fobieën komen twee keer zo vaak voor bij vrouwen.
- De meeste specifieke fobieën ontstaan in de kindertijd, in enkele gevallen ontstaan ze echter pas rond het 25ste jaar.

### ***Individuele en sociale kwetsbaarheid***

- Voor de bloedfobie blijkt uit onderzoek dat er duidelijke erfelijke factoren meespelen. Bij bloedfobici blijkt dat 60% van de familieleden ook bloedfobici zijn. Dat is drie tot zes keer hoger dan bij andere angststoornissen (5).

### ***Levensgebeurtenissen***

- Geweld door de ouders tijdens de jeugd en verbale agressie tussen ouders hangen sterk samen met het ontstaan van een specifieke fobie op latere leeftijd (33).

## **Posttraumatische stressstoornis**

### ***Geslacht en leeftijd***

- Een PTSS kan op elke leeftijd ontstaan. Vrouwen ondergaan vaker seksuele trauma's en mannen meer geweldstrauma's.

### ***Individuele en sociale kwetsbaarheid***

- Een voorgeschiedenis van gedragsproblemen of emotionele problemen betekenen een hoger risico op het ontwikkelen van een PTSS.
- Een gering gevoel van controle over stresssituaties kan eerder leiden tot een gevoel van hopeloosheid en hulpeloosheid en is daardoor een risicofactor voor PTSS.

### ***Omgevingsfactoren***

- Niet alleen het slachtoffer maar ook de directe omgeving kan mee getraumatiseerd worden. Tweede en derde generatie naasten kunnen verschijnselen vertonen van PTSS, zonder dat zij zelf de traumatische ervaring meegemaakt hebben.
- De kenmerken van de trauma, de duur, de intensiteit en frequentie van de gebeurtenis zijn van belang. Ook de voorspelbaarheid van een ingrijpende gebeurtenis en het kunnen anticiperen op de trauma zijn belang.

### ***Levensgebeurtenissen***

- De posttraumatische stressstoornis is direct verbonden met het meemaken van zogenaamde psychotrauma's. Dat kunnen eenmalige gebeurtenissen zijn (een overval, verkrachting, natuurgeweld), maar ook blootstelling gedurende jaren aan belastende gebeurtenissen zoals verwaarlozing of seksuele mishandeling (5).

## **Hypochondrie**

### ***Geslacht en leeftijd***

- Vrouwen lopen meer kans op het krijgen van hypochondrie (10)

### ***Omgevingsfactoren***

- Hypochondrie komt vaker voor onder laag opgeleide mensen. Mensen met hypochondrie zijn vaker werkloos en behoren vaker tot lagere sociale klassen.
- Een minder uitgebreid steunsysteem.
- Patiënten met hypochondrie komen vaker uit gezinnen waarin één van de ouders hypochondrisch is. (10)

### **Levensgebeurtenissen**

- Een belangrijke levensgebeurtenis, vooral de constatering van een ernstige ziekte bij een verwant.
- Hypochondrische patiënten herinneren zich meer trauma's uit hun kindertijd (seksuele trauma's, geslagen worden en ruzie tussen ouders) (6).

## **C Regionaal bepaalde aspecten**

### **Wie biedt GGZ preventie aan?**

Er zijn verschillende instellingen actief bij GGZ preventie.

- Vanuit de regionale (ambulante) GGZ-instellingen worden diverse preventie-activiteiten aangeboden. In de meeste instellingen is een aparte afdeling preventie aanwezig, die zowel samenwerkt met de curatieve afdelingen als met andere organisaties. De activiteiten betreffen met name de selectieve, geïndiceerde en zorggerichte preventie.
- Voor de GGD-en liggen er taken op het terrein van de collectieve preventie en daarmee ook bij de preventie van psychische problemen. In de praktijk worden deze activiteiten echter vooral gericht op jongeren en ouderen en minder op volwassenen.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk heeft een taak in de GGZ-preventie en biedt onder andere groeps-activiteiten aan. Het AMW is een laagdrempelige voorziening waar mensen zonder verwijzing en zonder kosten terecht kunnen. Veel cliënten (ongeveer 60%) van het AMW komen, volgens de richtlijnen depressie en angst, echter via de huisarts. Vaak kampen zij met een combinatie van praktische en psychische of sociale problemen.
- De Landelijke Steunfunctie Preventie (LSP), ondergebracht bij het Trimbos-instituut, heeft een helpdesk voor het ondersteunen van preventiefunctionarissen en beleidsmakers en ondersteunt onder andere platforms voor preventiewerkers, die werkzaam zijn op het terrein van angststoornissen en depressie.

### **Interventie mogelijkheden voor angststoornissen**

Vanuit de Landelijke Steunfunctie Preventie heeft de Landelijke werkgroep Preventie van Angststoornissen geïnventariseerd wat het aanbod van preventieve interventies is. Zij constateerden een groeiend aanbod voor mensen met angstklachten. Steeds vaker ook worden preventieve interventies op effectiviteit onderzocht. (30)

Interventies gericht op het beïnvloeden van de risicofactoren en beschermende factoren voor angststoornissen kunnen zoals gezegd op vier niveaus uitgevoerd worden:

- *Universele preventie*
- *Selectieve preventie.*
- *Geïndiceerde preventie*
- *Zorggerichte preventie*

Bij de activiteiten zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden:

- personen die zelf (een verhoogd) risico lopen angstklachten of een angststoornis te ontwikkelen (de einddoelgroep);
- intermediaire doelgroepen: personen die vanwege hun werkzaamheden te maken hebben met mensen met angstklachten of een verhoogd risico daarop, zoals huisartsen, medewerkers in de thuiszorg, algemeen maatschappelijk werkers, bedrijfsartsen, studentendecanen;
- mantelzorgers: familieleden en andere belangrijke personen in de directe omgeving van de cliënt.

### **Interventies op het niveau van universele en selectieve preventie**

Uit de risicofactoren die hierboven beschreven staan, blijkt dat er maar weinig specifieke factoren aan te wijzen zijn die het risico op het ontwikkelen van een (specifieke) angststoornis. De interventies die preventief ingezet kunnen worden zijn daardoor vooral algemeen van aard.

Letting op die voornoemde risico- en beschermende factoren zijn er desalniettemin enkele belangrijke aangrijpingspunten die geschikt lijken voor universele en selectieve preventie, gericht op de einddoelgroep:

- Bevorderen van individuele copingstijlen,
- Bevorderen van de cognitieve en sociale competentie,
- Bevorderen van sociale participatie,
- Specifiek voor posttraumatische stress stoornissen: traumabegeleiding na rampen of ingrijpende gebeurtenissen.

Daarnaast kunnen ook algemene interventies gericht op het verbeteren van leefomstandigheden (gezonde school, gezonde wijk en stad, positief gezinsklimaat) bijdragen aan het verminderen van het risico op angststoornissen.

Binnen de afdeling preventie van de GGZ-instellingen is een aanbod ontwikkeld voor kinderen van ouders met psychische problemen, de zogenaamde KOPP-interventies. (Volwassen) kinderen van ouders met een psychische stoornis hebben anderhalf keer zoveel kans om zelf een stoornis te ontwikkelen dan kinderen van andere ouders. Zij hebben een verhoogd risico om verslaafd te raken, hebben minder goede communicatieve vaardigheden, vakere relationele problemen en problemen met intimiteit. De problematiek kan per levensfase verschillen.

### **KOPP interventies:**

#### ■ Preventie-op-maatbenadering

Dit is een methode waarbij gerichte informatie en steun aan de ouders en de kinderen wordt gegeven. In gesprekken met ouders en kinderen wordt informatie gegeven, gevoelens bespreekbaar gemaakt en adviezen gegeven. Voor preventie-op-maat is divers voorlichtingsmateriaal en een beslisprotocol voor hulpverleners beschikbaar.

#### ■ Moeder-baby interventie

Er is een specifieke interventie voor moeders met psychische problemen die een baby hebben. Er wordt gebruik gemaakt van confronterende video-opnames om de houding en het gedrag van de moeder naar het kind in beeld te brengen en van feedback te voorzien. Deze interventie stimuleert positieve interactie tussen moeder en kind.

#### ■ Gezinsinterventie

Deze bestaat uit ongeveer zes sessies en is gericht op het bevorderen van de interactie tussen de gezinsleden. Het gaat om een uit de VS afkomstig, effectief gebleken gezinsprogramma. De interventie is vrij nieuw in Nederland.

#### ■ Interventies voor hulpverleners

Deze activiteiten ondersteunen de preventie-op-maatmethode, en bestaan voornamelijk uit deskundigheidsbevordering van hulpverleners en andere beroepskrachten op het gebied van gezinnen met een psychiatrische ouder.

## **Interventies op het niveau van geïndiceerde preventie**

### ***Activiteiten voor intermediairen***

Zoals elders beschreven worden niet alle personen met een angststoornis als zodanig herkend door de hulpverleners waar zij contact mee hebben. Door de angstklachten in een vroeg stadium te signaleren, kan er eerder een passende interventie worden aangeboden om verergering van de klachten te voorkomen. Vanuit de GGZ-instellingen wordt deskundigheidsbevordering georganiseerd voor eerstelijns werkers om de signalering van angststoornissen te verbeteren. Daarnaast bestaan er diverse trainingen voor begeleiders van het laagdrempelige cursusaanbod dat hieronder beschreven wordt.

### ***Cursusaanbod***

Een aantal instellingen heeft cursussen ontwikkeld voor angststoornissen. De meest bekende hiervan zijn:

- GGNet (netwerk voor de geestelijke gezondheidszorg in Oost-Gelderland en Zutphen) heeft in 2000 de preventieve cursus "Geen Paniek! Leren omgaan met panieklachten" ontwikkeld. Deze cursus is bedoeld

voor mensen met lichte tot matige panieklachten, en mensen die recentelijk zijn hersteld van een paniekstoornis. Uit recent onderzoek blijkt dat de cursus effectief is. Met name cursisten met meer en/of ernstigere klachten blijken baat te hebben bij deze cursus. Bovendien worden er positieve effecten op depressieve klachten gevonden. (38, 65)

- Binnen Altrecht (Utrecht) wordt de cursus "Angst in de Hand" gegeven ter preventie van verdergaande angstklachten. De cursus "Stress op het werk de baas" kan ingezet worden wanneer de angst vooral werkgerelateerd is.
- 'Angst de baas' is een cursus die het eerst door de GGZ Delfland is gegeven, maar momenteel in meerdere instellingen in Nederland toegepast wordt (o.a. Meregaard). De cursus is bedoeld voor mensen vanaf 55 met lichte angstklachten (3). Ook deze cursus is recentelijk voor het eerst op effectiviteit onderzocht. De cursisten bleken (op korte termijn) een redelijk tot grote vermindering van angst te ervaren. (24)

## **Zorggerichte preventie interventies**

### ***Supportgroepen/Lotgenotencontact***

Onder supportgroepen (in Nederland meestal lotgenotencontact genoemd) worden alle vormen van steun verstaan die mensen met eenzelfde problematiek elkaar bieden. Dat kan enerzijds in groepen gebeuren (zelfhulpgroepen, gespreksgroepen, ontmoetingsgroepen, internetgroepen) en anderzijds kan het gaan om een-op-een contacten, bijvoorbeeld door middel van telefonische hulpdiensten (o.a. de Angst, Dwang en Fobie stichting en Stichting Pandora). Centraal staan de onderlinge herkenning en steun en uitwisseling van ervaringskennis.

### ***Terugvalpreventie***

Om de kansen op een terugval en herhaling (na herstel) te verkleinen, verdient terugvalpreventie de aandacht. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

### ***Activiteiten voor mantelzorgers***

Het familieleden en anderen in het systeem rond een persoon met een angststoornis, bijvoorbeeld in het geval van een obsessieve-compulsieve stoornis, kan sterk beïnvloed worden. Voor deze mensen worden informatiebijeenkomsten georganiseerd door verschillende regionale GGZ-instellingen en zijn schriftelijke voorlichtingsmaterialen beschikbaar.



## Hoofdstuk 6    Indicatiestelling en zorgtoewijzing

### Indicatiestelling en zorgtoewijzing

*“Het zorgproces omvat de volgende fasen:*

*intake, diagnostiek, indicatiestelling, opstellen, bewaken en bijstellen van het behandelplan en behandeling.”*

- A** Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's
- B** Hoe verloopt de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma angststoornissen
- C** Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting)

### A Indicatiestelling en zorgtoewijzing in zorgprogramma's

Indicatiestelling en zorgtoewijzing gebeuren door het selecteren en aanbieden van activiteiten en modulen die aansluiten op wat de hulpvrager wenst en op wat de hulpverlening als doelen heeft gesteld. In een zorgprogramma dient beschreven te worden via welke route de cliënt bij zijn of haar behandelaar terecht komt. Daartoe behoort ook een beschrijving van de stappen die genomen zijn om tot de uiteindelijke behandeling te komen.

Dit basisprogramma 'start' op het moment dat er een vermoeden van de aanwezigheid van een angststoornis bestaat. Dat zal over het algemeen in de eerste lijn zijn. De beschrijving van de indicatiestelling en zorgtoewijzing in dit basisprogramma begint daarom ook in de eerste lijn.

In de tweedelijns GGZ doorloopt een cliënt in veel gevallen twee programma's: een 'voordeurprogramma' en het eigenlijke hulpverleningsprogramma. Het zorgprogramma angststoornissen beschrijft dan niet het hele indicatieproces, maar er dient wel te worden beschreven via welke weg de cliënt in het programma terechtkomt.

Wat betreft indicatiestelling en zorgtoewijzing gaat het om de volgende stappen.

Poort/voordeur:

- aanmelding
- onderzoek in de eerste lijn
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing voor consultatie/diagnostiek
- onderzoek in de tweedelijns
- behandeling in de eerste lijn
- eventueel verwijzing naar andere disciplines in de eerste lijn of de tweede lijn voor behandeling
- advies om in een specifiek programma in te stromen
- bespreking van dat advies met de cliënt
- toewijzing aan een van de specifieke programma's

Binnen het specifieke programma:

- specifieke indicatiestelling
- behandelplan opstellen
- zonodig specifiek behandelplan opstellen

Deze stappen zijn in vier fasen samen te vatten:

- 1 Aanmelding en/of intake;
- 2 Indicatiestelling;
- 3 Zorgtoewijzing en opstellen van het behandelplan;
- 4 Bewaken en bijstellen van het behandelplan.

Niet iedere cliënt doorloopt al deze stappen en niet altijd is een en dezelfde hulpverlener bij alle stappen betrokken. Bovendien zullen in de huisartspraktijk de stappen meestal niet zo duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. In de praktijk komt de diagnose tot stand in de loop van een aantal consulten. (62)

## **B Hoe verloop de indicatiestelling en zorgtoewijzing in het basisprogramma angststoornissen?**

### ***Fase 1: Aanmelding en intake***

In de eerste, tweede en derde lijn geldt dat de hulpverlener na aanmelding informatie over de cliënt en diens problematiek verzamelt om zo de aard van de stoornis te bepalen. Op basis van een gesprek en zo nodig verdere diagnostiek stelt de hulpverlener een voorlopige diagnose. Andere aandoeningen dienen uitgesloten te worden.

De doelgroep mensen met een angststoornis is groot. Het merendeel van de cliënten met een angststoornis wordt buiten de tweede lijn behandeld, terwijl een groot deel van de angststoornissen niet herkend wordt. Voor een belangrijk deel heeft dat te maken met de presentatie van de klachten (61). Mensen met een angststoornis zijn vaak terughoudend in het etaleren van hun angst. Ze presenteren zich vaak met andere klachten of problemen, vaak van lichamelijke aard. De hulpverleners zullen dus moeite moeten doen om de vraag van de cliënt boven tafel te krijgen.

Cliënten met een angststoornis, zonder co-morbiditeit en met redelijk niveau van functioneren worden in de eerste lijn behandeld door de huisarts, maatschappelijk werker of eerstelijns psycholoog. Pas wanneer behandeling in de eerste lijn onvoldoende blijkt, is behandeling in de tweede lijn de volgende stap. Cliënten met co-morbide klachten (b.v. depressie of een persoonlijkheidsstoornis) vragen om meer specialistische hulp en zullen sneller in de tweede lijn instromen. (63)

Om goed te kunnen verwijzen moeten de hulpverleners in de eerste lijn op de hoogte zijn van de diverse behandelingsmogelijkheden bij de huisartsen, het AMW, de RIAGG, psychologen, psychotherapeuten en psychiaters, al dan niet verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis of psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), in de regio.

Vanuit de eerste lijn zijn de volgende factoren indicaties voor consultatie van of verwijzing naar de eerstelijns psycholoog of tweedelijns GGZ:

- problemen met de diagnostiek,
- onvoldoende effect van de medicamenteuze behandeling na acht tot twaalf weken,
- ernstige klachten of problemen of ernstig sociaal disfunctioneren,
- recidive van de angststoornis, of in combinatie met stemmingsklachten een verhoogd suïcide risico,
- een obsessieve compulsieve stoornis (OCS),
- een sociale fobie,
- een posttraumatische stressstoornis (PTSS). (63, 54)

Na een eerste gesprek (of meerdere gesprekken) dient te worden besloten of er wel of niet sprake is van een psychische stoornis. Vervolgens moet, samen met de cliënt, bekeken worden wat de volgende stap zal zijn. Is er geen sprake van een psychische stoornis, dan kan gekozen worden voor een somatische behandeling of verwijzing naar een andere instelling (bijvoorbeeld voor verslavingszorg).

Is er wel sprake van een psychische stoornis, dan kan gekozen worden uit:

- Behandeling door de huisarts.
- Verwijzing binnen de eerste lijn (huisarts, AMW of eerstelijns psycholoog).
- Verwijzing naar een vrijgevestigd psychiater of (psycholoog-)psychotherapeut.
- Verwijzing naar een GGZ instelling.

Soms is het na een aantal gesprekken nog steeds onduidelijk of er sprake is van een psychische stoornis.

Dan kan tot een van de volgende stappen besloten worden:

- Afwachten van het beloop van de klachten, mogelijk herstelt de cliënt of wordt het psychisch beeld duidelijker.
- Indien aanwezig: consult van GGZ medewerker in de eerste lijn (zoals Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige in de huisartsenpraktijk).
- Consultatie van de specialistische GGZ.
- Nadere diagnostiek binnen het voordeurprogramma van de specialistische GGZ.

### Het gebruik van vragenlijsten

Wanneer het moeilijk blijft om de kans op een angststoornis in te schatten, kan gebruik gemaakt worden van een vragenlijst.

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen kunnen de volgende vragenlijsten gebruikt worden:

#### Screeners

- *Short Mood Scale*
- *INSTEEL-screen* (Interventie Studie Eerste Lijn)
- *Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)*; voor het onderscheiden van distress-klachten depressie, angst en somatisatie in de eerste lijn.

#### (Semi) gestructureerde diagnostische interviews

- *Diagnostic Interview Schedule (Dis)*; voornamelijk geschikt voor onderzoeksdoeleinden, erg lang.
- *Structured Clinical Interview (SCID-I)*
- *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS)*
- *Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)*
- *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*

#### Zelfbeoordelingsvragenlijsten

- *System Check List (SCL-90)*
- *Lehrer-Woolfolk Anxiety Symptom Questionnaire (LWASQ)*
- *Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV)*
- *Hamilton Angst Schaal (HAS of HAMA-A)*; vooral voor (psychofarmacologisch) effectonderzoek.

## Vragenlijsten voor specifieke stoornissen:

### Paniekstoornis

- *Body Sensation Questionnaire (BSQ)*; meet de somatische aspecten van angst.
- *Agoraphobic Cognition Questionnaire (ACQ)*; meet de cognitieve dimensie van angst.
- *Mobility Inventory (MI)*; meet het vermijdingsgedrag.
- *Fear Survey Schedule (FSS)*; beschrijft fobische klachten.
- *Fear Questionnaire (FQ)*; ernstmeting van de klinisch belangrijkste fobieën.

### Sociale fobie

- *Sociale Angst Schaal (SAS)*
- *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)*; meet meer dan alleen sociale fobie.
- *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)*; grote overeenkomst met de IOA.
- *Fear Survey Schedule (FSS)*; beschrijft fobische klachten.
- *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)*; international het meest gebruikte instrument voor het meten van sociale fobie, nog niet onderzocht voor Nederland.

### Specifieke fobie

- *Fear Survey Schedule (FSS)*; beschrijft fobische klachten.
- *Fear Questionnaire (FQ)*; ernstmeting van de klinisch belangrijkste fobieën.

## Obsessieve- compulsieve stoornis

- *Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI)*; gevoeligheid voor verandering is niet optimaal.
- *Pauda Inventory*; gevoelig voor verandering, brengt hele breedte van dwang in beeld.
- *Inventarisatie Dagelijkse Bezigheden (IBD)*; geeft mate van obsessief compulsief gedrag aan.
- *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*; betrouwbare en valide beoordelingschaal om de ernst van dwanghandelingen bij OCS patiënten in kaart te brengen.

## PTSS

- *Schokverwerkingslijst (Impact of Events Scale, IES,)*; brengt de gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen in kaart, interne validiteit en betrouwbaarheid zijn goed.
- *Zelfinventarisatielijst PTSD (ZIL)*; ontwikkelt om DSM-III-R criteria van PTSD te meten.

## Hypochondrie

- *Whitely Index*; algemene maat voor hypochondrie
- *Ziekte Attitude Schaal (ZAS)*
- *MEGAH schaal*

De richtlijn geeft geen vragenlijsten voor de **gegeneraliseerde angststoornis**. In de beschikbare zorgprogramma's worden de volgende lijsten genoemd (63, 61).

- *Clinical Global Impression (CGI)*
- *Verkorte Comprehensive Psychopathology Rating Scale (CPRS)*
- *Mood and Anxiety Symptoms Questionnaire (MASQ)*
- *Short Form 36 (SF36)*
- *Worry Domains Questionnaire (WDQ)*
- *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)*

## **(Psychiatrische) Diagnostiek**

De (psychiatrische) diagnostiek richt zich op het in kaart brengen van de aspecten die primair horen bij de angststoornis; de aard, de ernst en het beloop. Deze aspecten zullen, voor zover van toepassing, bij iedere cliënt in kaart gebracht worden.

Dat gebeurt door het uitvoeren van (enkele van) de volgende onderdelen.

### ● *(Auto)anamnese (54).*

De NHG standaard waarschuwt dat de anamnese bij het vermoeden van angststoornissen meerdere consulten in beslag kan nemen. Dit heeft vooral te maken met de schaamtegevoelens die bij veel mensen met deze stoornis voorkomen. De behandelaar gaat na of er sprake is van buitensporige angst. Daartoe kunnen de volgende vragen gesteld worden:

- Voelt u zich angstig?
- Hebt u onbestemde angstgevoelens?
- Maakt u zich veel zorgen?
- Vindt u de angst of bezorgdheid reëel?
- Kunt u ze begrijpen?
- Belemmeren de gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?

Bij een nader vermoeden van een angststoornis informeert de behandelaar naar de volgende aspecten:

- duur en beloop van de klachten (continu of in aanvallen);
- duur en frequentie van eventuele aanvallen;
- ernst van de klachten, mate van lijdensdruk;
- situaties waarin de angst optreedt;
- mogelijke aanleiding van de angststoornis: bij een vermoeden van een posttraumatische stressstoornis vraagt de huisarts specifiek naar traumatische ervaringen;
- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, duizeligheid, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koudesensaties, derealisatie- of depersonalisatiegevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- waarvoor de patiënt precies bang is: controleverlies, krankzinnig worden of doodgaan (paniekstoornis), hulpeloosheid als hij onwel zou worden (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde angststoornis), herbeleving van een traumatische gebeurtenis (posttraumatische stressstoornis), ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie), dwanggedachten (obsessieve compulsieve stoornis);
- dwanghandelingen (bijvoorbeeld voortdurend handen wassen of dingen controleren) en de tijd die daaraan dagelijks wordt besteed (bij een obsessieve compulsieve stoornis);
- invloed van de klachten op het sociaal functioneren, zoals het vermijden van bepaalde situaties of activiteiten;
- relatie met stress, overbelasting, relatie- of werkproblemen.

Verder moeten door middel van de (auto)anamnese de volgende aspecten in kaart gebracht worden:

- Ziektegeschiedenis en het hulpverleningsverleden
- Behandelgeschiedenis en medicatiegebruik; het is belangrijk dat er gevraagd wordt naar het gebruik van alternatieve geneesmiddelen zoals passieflora, valerian en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan. Sommige interacties kunnen gevaarlijk zijn, zoals tussen sint-janskruid en een SSRI.
- Motivatie om een behandeling te ondergaan
- Premorbide niveau van functioneren

### ● *De ernst van de klachten en symptomen.*

De ernst van de angststoornis zal op geregelde tijden (tenminste elke drie maanden) opnieuw gemeten moeten worden. Ook als er niet meteen tot behandeling wordt overgegaan is het van belang om het verloop van

de ernst van de angststoornis in de gaten te houden. Een aantal van de voorgenoemde vragenlijsten kan hiervoor gebruikt worden, bijvoorbeeld de HADS, LWASQ en de ZBV.

### **Fase 2: Indicatiestelling**

Het eerste gesprek tussen de cliënt en de hulpverlener en de daaruit voortvloeiende diagnose mondt vaak meteen al uit in een indicatie. Soms zijn er vervolgesprekken nodig om een indicatie te kunnen stellen.

Bij de indicatiestelling zijn de volgende aspecten van belang:

- De ernst van de angststoornis wordt bepaald en er wordt overwogen of verwijzing noodzakelijk is.
- De koppeling van het hulpaanbod op de individuele hulpvraag staat centraal.
- Het aanbod dient te bestaan uit een pakket van activiteiten en behandelingen die alles bevatten wat voor de cliënt nodig is. De vraag vanuit welke lijn of instelling de zorg geleverd wordt, staat daarbij niet voorop.
- De indicatiestelling hoort vraaggericht, objectief, onafhankelijk en geïntegreerd plaats te vinden. De cliënt moet in staat worden gesteld om op de indicatie invloed op uit te oefenen, wanneer dat mogelijk en gewenst is.

Voorlichting en service aan de cliënt en zijn omgeving zijn heel belangrijk tijdens het eerste contact met de hulpverlener. De hulpverlener die de indicatiestelling uitvoert, moet naast de nodige contactuele vaardigheden over voldoende globale kennis van de sociale kaart en de hulpmogelijkheden beschikken om de cliënt goed te kunnen 'doorgeleiden' naar een bepaald programma onderdeel in de eerste of tweede lijn.

### **Fase 3: Zorgtoewijzing en behandelplan**

Na het kiezen van een behandelingsoptie (anders dan consultatie of verwijzing) en toewijzing aan een behandelaar of team stelt de hulpverlener het behandelplan op. Bij de invulling vindt overleg en onderhandeling plaats tussen cliënt en behandelaar over een specifiek pakket van zorg dat aansluit op de mogelijkheden en wensen van de cliënt enerzijds en de opvattingen over goed hulpverlenerschap anderzijds. De uitkomsten van de bovenstaande analyses zijn nodig voor de samenstelling van het individuele behandelplan. Ook worden de behandeldoelen geëxpliciteerd. Een ander belangrijk aspect is dat een cliënt pas kan instemmen met een behandelplan, als hij voldoende over de ziekte is geïnformeerd én de ziekte onderkent.

In het behandelplan wordt aangegeven van welke modules en activiteiten gebruik gemaakt wordt, en van de duur en frequentie van de behandeling.

In het bijzonder in de behandeling van hypochondrie is de opstellen van een behandelplan een eerste en belangrijke fase in de behandeling. Een onduidelijk behandelcontract kan juist bij hypochondere en somatiserende patiënten gedurende de hele behandeling problemen geven, aangezien de verwachtingen van de patiënt aldoor anders blijven dan het doel van de behandeling. Binnen een concreet behandelcontract is duidelijk wat wel en ook wat geen doel van de behandeling is.<sup>(64)</sup>

Op het moment dat cliënt en behandelaar instemmen met het behandelplan spreekt men van een *behandelingsovereenkomst*. Wettelijk is dit geregeld via de Wet op de Geneeskundige

Behandelingsovereenkomst (WGBO). Bij opgenomen cliënten heeft het de voorkeur dat de behandelingsovereenkomst door zowel cliënt als verantwoordelijk behandelaar (meestal de arts) wordt ondertekend; bij ambulante behandelde cliënten gebeurt het meestal op basis van mondelinge overeenstemming.

### **Fase 4: Bijstelling en bewaking van het behandelplan**

Op afgesproken momenten in de behandelovereenkomst wordt de behandeling geëvalueerd. Afhankelijk van het beloop van de problematiek wordt vervolgens besloten over te gaan op ander behandelvormen, meer intensieve zorg of om het contact met de cliënt af te bouwen.

## **C Nadere diagnostiek (inclusief ernstmeting)**

Bij een groot deel van de cliënten met een angststoornis is hiermee de het proces van indicatiestelling en zorgtoewijzing voltooid. Er is echter een groep cliënten bij wie verdere diagnostische activiteiten nodig zijn

om tot een goed behandelplan te kunnen komen. Welke activiteiten dat zijn en in welke mate ze uitgevoerd moeten worden verschilt per cliënt.

Het gaat erom de volgende aspecten in kaart te brengen:

- de hulpvraag,
- de aard, ernst, duur en beloop van de angstklachten
- de aanwezigheid van psychotische kenmerken en/of een stemmingsstoornis,
- de aanwezigheid van een crisis,
- eventuele co-morbiditeit,
- de behandelgeschiedenis,
- suïcidegevaar,
- en het sociaal functioneren van de cliënt.

Deze aspecten worden onderzocht en uitgevraagd in drie diagnostische onderdelen:

- I (Aanvullende) psychiatrische diagnostiek
- II Somatische diagnostiek
- III Sociale diagnostiek

### **I Aanvullende psychiatrische diagnostiek**

Aanvullende psychiatrische diagnostiek kan plaatsvinden wanneer er sprake is van: (63)

- somatische co-morbiditeit,
- psychische co-morbiditeit (inventarisatie van aard en ernst van diverse psychische klachten)
- (vermoede) samenhang tussen angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen
- angstklachten en een mogelijke stemmingsstoornis, verhoogd risico op suïcide (ook bij PTSS),
- middelenmisbruik of verslaving, ook in het geval van medicijnen,
- onvoldoende differentiatie tussen een angststoornis en waanideeën of -denken,
- onvoldoende differentiatie tussen een angststoornis en een stemmingsstoornis.

#### ● *Persoonlijkheidsonderzoek.*

Bij twijfel over een persoonlijkheidspathologie/-stoornis kan er een screenend onderzoek naar eventuele persoonlijkheidspathologie gedaan worden (bijvoorbeeld met behulp van de MMPI-2 Minnesota Multiphasic Personality Inventory). In screenend onderzoek wordt informatie verzameld over:

- Persoonlijkheidskenmerken als: ik-sterkte, temperamentfactoren, emotionele huishouding, copingvaardigheden en afweermechanismen.
- Huidige en vroegere interpersoonlijke relaties (steun, hechting, opvoeding, rollen, conflicten tekorten).
- Biografie van het ouderlijk gezin.
- (Psychotherapeutische) behandelgeschiedenis
- Wat kan de cliënt wel en niet veranderen?
- Wat wil de cliënt zelf?

### **II Somatische diagnostiek**

De aanwezigheid van een angststoornis gaat vaak gepaard met langdurige en somatisch onverklaarde klachten. Standaard moet daarom een somatische anamnese afgenomen worden, over het algemeen in de eerste lijn.

#### ● *Somatische anamnese en lichamelijk onderzoek.*

Bij specifieke lichamelijke klachten moet met een gerichte anamnese nagegaan worden of een somatische aandoening waarschijnlijk is. Zijn er aanwijzingen in de anamnese voor een somatische aandoening, dan wordt aanvullend lichamelijk en/of aanvullend onderzoek verricht. Bij patiënten vanaf middelbare leeftijd moet eerder tot onderzoek worden overgegaan, omdat bij hen de kans op een somatische aandoening toeneemt en de kans dat een angststoornis zich voor het eerst op latere leeftijd manifesteert juist kleiner wordt. Soms kan met goede voorlichting de angst bij de patiënt niet worden weggenomen. Gericht lichame-

lijk en/of aanvullend onderzoek kan dan onontkoombaar blijken. Probeer in dat geval het onderzoek zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de angsten van de patiënt. Vermijd herhaald onnodig lichamelijk onderzoek, want dat kan het neutraliserend gedrag van de patiënt versterken en daarmee de angst instandhouden (54). In het geval van hypochondrie zal voorzichtig om moeten worden gegaan met de vaak bestaande wens van de cliënt tot (steeds hernieuwd) somatisch onderzoek (61).

Diverse lichamelijke aspecten en aandoeningen kunnen gepaard gaan met angst- en panieklachten:

- het gebruik van stoffen als cafeïne, cannabis, cocaïne, amfetaminen
- onthouding van benzodiazepinen en alcohol
- chronische longziekten
- hartritmestoornissen
- hyperthyreoïdie, hyperparathyreoïdie (te snel werkende schildklier)
- hypoglykemie (te lage bloedsuikerspiegel)
- feochromocytoom (bijnier tumor)
- vestibulaire stoornissen (stoornissen in het evenwichtsorgaan)

● *Laboratoriumonderzoek.*

Lichamelijk onderzoek moet, als daar aanleiding toe bestaat (bijvoorbeeld bij meer ernstige angststoornissen of therapieresistentie) met klinisch biochemisch en ander gericht onderzoek worden aangevuld. De huisarts kan op geleide van de klachten gericht laboratoriumonderzoek verrichten, zoals bepaling van TSH en glucose, om somatische aandoeningen uit te sluiten. Laboratoriumonderzoek wordt in de eerste lijn echter niet als routine niet aanbevolen (54).

### III Sociale diagnostiek

Doel van de sociale diagnostiek is het in kaart brengen van de sociale aspecten van het *Stress Steun Kracht Kwetsbaarheid model* (SSKK model). Het SSKKmodel gaat uit van de verhouding tussen factoren die het ontstaan en aanhouden van een angststoornis bevorderen (stress en kwetsbaarheid) en factoren die een angststoornis of voorkomen (kracht en sociale steun of juist het ontbreken daarvan). Sociale omgeving wordt ruim opgevat: familie, wonen, werken, vrienden, vrije tijd, religie enz. Ook het in kaart brengen van *sociale beperkingen* is van belang, omdat hierdoor op het gebied van maatschappelijk functioneren vaak grote verliezen worden geleden (bijvoorbeeld van werk of relatie) of anderszins problemen kunnen bestaan. De hieronder beschreven onderdelen worden alleen op indicatie uitgevoerd.

● *Biografische anamnese*

Specifieke aandacht verdient het onderzoek naar de levensfase, levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren die van invloed kunnen zijn op het optreden van de angststoornis, evenals het familiair voorkomen van angststoornissen. Eveneens moet er aandacht gegeven worden aan de betekenis en gevolgen van ziekte in het leven van de cliënt.

Mogelijke instrumenten bij het in kaart brengen van de sociale omgeving zijn:

- *Sociaal Netwerk Analyse* (methode van Van Mierlo, 1992). Dit omvat een inventarisatie van het sociaal netwerk en beschikbare/aanwezige positieve en negatieve steun. Gebruik is zinvol bij onvoldoende duidelijkheid over de omvang van het netwerk en ter verheldering van de wederzijds beschikbare positieve en negatieve steun in het netwerk.
- *Quality of Life in Depression Rating Scale (QLDS) of Sickness Impact Profile (SIP-68)*. Bijvoorbeeld bij chroniciteit en bij rehabilitatie. Beide zijn zelfinvullijsten voor het meten van de kwaliteit van leven, respectievelijk de gevolgen van een ziekte.

- *Systeem onderzoek*

Het is noodzakelijk om de invloed en de gevolgen van de vaak invaliderende klachten van de cliënt op het systeem en de sociale context te wegen. Bovendien is het nodig om te onderzoeken hoe systeemfactoren de klachten in stand houden. Vaak heeft het systeem 'geleerd' op compenserende wijze te gaan functioneren

Systeemonderzoek kan uit de volgende onderdelen bestaan:

- Netwerkonderzoek.
- Huisbezoek; ook om hulpbronnen in kaart te brengen.
- Gevolgen voor het systeem. Voor partner, kinderen en andere verwanten. Bijvoorbeeld: hoe gaat het thuis, bij de partner op het werk en met de kinderen op school. Als er kinderen in het gezin aanwezig zijn, moet bekeken worden of KOPP interventies noodzakelijk zijn.
- Hulpbronnen. De hulpverleners vormen zich een beeld van de context van de problematiek, vooral bij ernstige angststoornissen. Ook de visie van gezinsleden en andere direct betrokkenen wordt geïnventariseerd.
- Analyse van levensgebeurtenissen, stressfactoren en culturele factoren.



## Hoofdstuk 7 Behandelmodules en -activiteiten

### Modulen en activiteiten

*“De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules in alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg.”*

- A** Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's
- B** Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma angststoornissen
- C** Module en activiteiten overzicht

### A Behandelmodules en activiteiten in zorgprogramma's

Een zorgprogramma beschrijft het hulpaanbod zoals dat voor de doelgroep beschikbaar zou moeten zijn. Dus alle modules en activiteiten die nodig en wenselijk worden geacht.

Om programma's te kunnen organiseren is naast het *wenselijk* aanbod ook een goed overzicht van het *bestaande* aanbod noodzakelijk, en als dat mogelijke is, beschreven in de vorm van modules.

Uitgaande van het wenselijke aanbod kan het zorgprogramma vervolgens ingevuld worden. Dat zal in eerste instantie met het bestaande aanbod gebeuren. Bij het opstellen van het individuele zorgplan kunnen hulpverleners in overleg met cliënten hiaten in het aanbod signaleren. Er zijn een aantal mogelijkheden om deze hiaten in te vullen. Het opzetten van een ontbrekende module zal meestal niet onmiddellijk mogelijk zijn, maar die kan in afwachting van het beschikbaar komen bijvoorbeeld ook bij een andere instelling gevolgd worden. De voorkeur van de cliënt en de organisatorisch (financiële) mogelijkheden bepalen wat de ruimte hiervoor is.

Een *module* bestaat uit een samenhangende bundeling van verschillende activiteiten en is een als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensd onderdeel van zorgprogramma's, waarvoor een specifieke indicatie gesteld kan worden.

Een *activiteit* is een enkelvoudige, afgeronde zorgeenheid, die gebruikt kan worden als bouwsteen in het kader van een zorg- of behandelplan. De afgrenzing tussen activiteit en module is tot op zekere hoogte arbitrair.

De kern van een zorgprogramma wordt gevormd door het overzicht van de activiteiten en modules. Het kan gaan om alle fases in de behandeling van de problematiek: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, verplegen en beschermen, rehabiliteren en nazorg.

Voor elke module wordt beschreven:

- Naam van de module
- Inhoud van de module: doelen, functie(s), activiteiten, locatie, frequentie en duur.
- Indicatie en zo mogelijk een onderbouwing van het niveau van de module: is deze de module de eerste keus binnen de behandeling?
- Ontvangers van de module: betrokken cliënten(systemen) en de omgeving, indicaties en contra-indicaties.
- Organisatorische en financiële aspecten: betrokken disciplines, voortgangsbewaking, bijstelling en kosten.

### B Behandelmodules en activiteiten in het basisprogramma angststoornissen

Er bestaat een groeiende wetenschappelijke kennis over de behandeling van angststoornissen. Deze kennis is echter te omvangrijk en te ondoorzichtig om voor hulpverleners in de praktijk direct van nut te zijn. Uit dat grote wetenschappelijke aanbod moet eerst een selectie gemaakt worden. Gelet wordt dan op bijvoorbeeld validiteit van het onderzoek en mogelijkheden voor toepassing in de Nederlandse situatie.

In 2003 is de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen verschenen, waarin een selectie van deze kennis gemaakt is. De selectie is vervolgens vertaald naar aanbevelingen voor de hulpverleners die zich met angststoornissen bezighouden.

Het basisprogramma wil de hulpverleners tegemoet komen in de vertaalslag van de aanbevelingen uit de richtlijn naar een praktische toepassing.

Hieronder volgt een zo volledig mogelijk overzicht van activiteiten en modules die ingezet kunnen worden bij de preventie en behandeling van angststoornissen. De richtlijn gaat niet in op crisisinterventies. Omdat deze in een zorgprogramma wel beschreven moeten worden zijn deze aan het overzicht toegevoegd.

Het overzicht is zoveel mogelijk volgens het stepped-care principe opgesteld (36).

- Daarbij gaan minder invasieve interventies, genoemd minimale interventies, vóór meer invasieve interventies,
- gaan interventies met een grotere bewezen werkzaamheid vóór interventies met een minder grote bewezen werkzaamheid,
- en gaan interventies die gepast zijn in het vroege beloop van het ziektebeeld vóór interventies die in de latere behandel fase aan de orde zijn.

Kort gezegd is stepped-care is het kiezen van minimale zorg waar mogelijk en intensievere of invasievere zorg waar nodig, onder de voorwaarde dat dit voordeel oplevert. Volgens een stepped-care behandelwijze wordt de meest effectieve, en tevens de meest minst intensieve of invasieve interventie die gezien de aard en de ernst van de problematiek mogelijk is, in eerste instantie geprobeerd. Voor cliënten die onvoldoende baat hebben bij deze lichtere behandeling, dus bij uitblijvend behandel effect, wordt naar een intensievere aanpak overgestapt.

Deze minimale interventies kunnen opgevat worden als minimaal in de zin van minst belastende of minst inbreuk makend voor de cliënt, dan wel van een kortere behandelduur, dan wel kosteneffectiever. Met het reeksen of aaneenschakelen van interventies en het overstappen van een 'lichter' of 'minimaler' naar een 'hoger' niveau van behandeling, op indicatie van de behandeluitkomsten van deze behandeling, wordt beoogd de effectiviteit van behandelingen te verhogen, voor meer cliënten of tegen lagere kosten. (36)

Bij het opstellen van een regionaal zorgprogramma angststoornissen kan op een aantal manieren gebruik gemaakt worden van dit hoofdstuk:

- Bij het schrijven van het onderdeel modules en activiteiten van het regionale zorgprogramma kan gekozen worden uit de opsomming van interventies, op basis van wat voor die regio passend is.
- In de richtlijn kan opgezocht worden of de interventies evidence en/of consensus based zijn. Met andere woorden hoe de huidige stand van de wetenschap rond deze interventies is en of dat ook voor Nederland geldt.

### **Wat is de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen?**

Richtlijnen zijn systematisch ontwikkelde stellingen of aanbevelingen om hulpverlener en cliënt te helpen bij het nemen van beslissingen over de meest geschikte of gepaste zorg bij een klinisch probleem.

Richtlijnen geven antwoord op de vraag wat wanneer gedaan moet worden, en op basis van welke overwegingen dit wordt aanbevolen (zie bijlage 1 voor de beslisbomen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen). Richtlijnen vatten daarmee de stand van de wetenschap voor een bepaalde stoornis samen en integreren deze met de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van hulpvragers. Ze geven enerzijds inzicht in wat internationaal bekend is over het betreffende onderwerp en anderzijds hoe er in de praktijk over het probleem gedacht wordt.

De richtlijn angststoornissen is een zogenaamde multidisciplinaire richtlijn. Dat betekent dat er meerdere disciplines bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest. In de richtlijn komen niet alle aspecten van angststoornissen aan bod. Voor het opstellen is uitgegaan van zogenaamde 'uitgangsvragen'. Deze uitgangsvragen

zijn de, naar de mening van de Stuurgroep Richtlijnontwikkeling GGZ en de werkgroep richtlijn angststoornissen, zo goed mogelijke weergave van de belangrijkste controversen met betrekking tot angststoornissen.

De richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op onderbouwing uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. De geselecteerde artikelen zijn door de werkgroepleden beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gerangschikt naar mate van bewijs. Deze beoordeling wordt kort weergegeven in de *conclusie*. In de conclusie wordt een niveau aangegeven. Dat staat voor de mate van bewijs. Hierbij is onderstaande indeling gebruikt:

#### **Voor artikelen betreffende: interventie (preventie of therapie)**

- A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, cliënt-controle-onderzoek);
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

#### **Niveau van de conclusies**

- 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
- 2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C
- 4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Daarnaast zijn per onderwerp *overwegingen* uitgewerkt, waarin naast wetenschappelijk bewijs, aspecten als cliëntenvoorkeuren, kosten of organisatorisch aspecten aan bod komen. De *aanbeveling* bevat het resultaat van het wetenschappelijk bewijs en de overige overwegingen.

### Stuurtelschema

In het schema hieronder zijn de mogelijke interventies gezet. Hierin kan opgezocht worden welke evidence based interventies voor welke stoornis(en) ingezet kunnen worden. De interventies met een sterretje in de eerste kolom worden **niet** in de multidisciplinaire richtlijn besproken. De richtlijn behandelt deze niet omdat er geen evidence is dat deze interventies effectief zijn.

In het schema is bovendien met grijsinten aangegeven wat het niveau van de conclusie over effectiviteit is. Hoe donkerder de grijsint hoe hoger het niveau van wetenschappelijke onderbouwing voor die interventie.

	Paniekstoornis	Sociale fobie	Obsessieve-compulsieve stoornis	Generaaliseerde Angststoornis	Post Traumatische Stress Stoornis	Specifieke fobie	Hypochondrie
<b>Crisisinterventies</b>							
1 Crisis-interventie	X	-	-	-	X	-	-
<b>Minimale interventies</b>							
2 Psycho-educatie	X	X	X	X	X	X	X
3 Zelfhulp	X	-	-	X	-	-	-
4 Steunende en structurerende * begeleiding	X	X	X	X	X	X	X
5 Sociale vaardigheidstraining	-	X	-	-	-	-	-
<b>Psychotherapeutische interventies</b>							
Gedragstherapie							
6 Exposure in vivo	X	X	X	X	-	X	X
7 Exposure met responspreventie	-	-	X	-	-	-	X
8 Imaginaire Exposure (IE)	-	-	-	X	X	X	-
9 Taakconcentratie training	-	X	-	-	-	-	-
10 Cognitieve therapie	X	X	X	X	X	X	X
11 Cognitieve herstructurering	-	X	-	-	-	-	-
12 Applied tension	-	-	-	-	-	X	-
13 Cognitieve Gedragstherapie (CGT)	X	X	-	X	X	-	-
14 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)	-	-	-	-	X	-	-
15 Paniek management	X	-	-	X	-	-	-

	Paniekstoornis	Sociale fobie	Obsessieve- compulsieve stoornis	Gegeneraliseerde Angststoornis	Post Traumatische Stress Stoornis	Specifieke fobie	Hypochoondrie
16 Applied relaxation/ Behavioural stress management				X	X		
17 Farmacotherapie	X	X	X	X	X	X	X
18 Combinatietherapie	X	X	X		X		
19 Terugvalpreventie	-	-	X	-	-	-	-
20* Psychiatrisch intensieve thuiszorg	X	X	X	X	X	X	X
<b>Additionele interventies<sup>2</sup></b>							
Vaktherapieën	X	X	X	X	X	X	X
21 Psychomotore therapie	X	X	X	X	X	X	X
22 Creatieve/beeldende therapie	X	X	X	X	X	X	X
23 Muziek therapie	X	X	X	X	X	X	X
24 Dramatherapie	X	X	X	X	X	X	X
25 Dans- en bewegingstherapie	X	X	X	X	X	X	X
26 Netwerkondersteuning	X	X	X	X	X	X	X
27 Systeemtherapie	X	X	X	X	X	X	X
28 Socio-therapie	X	X	X	X	X	X	X
29 Psycho-chirurgie	-	-	X	-	-	-	-
<b>Rehabilitatie</b>							
30 Supportgroepen/lotgenoten	X	X	X	X	X	X	X
31 Arbeidsrehabilitatie	X	X	X	X	X	X	X
32 Nazorg	X	X	X	X	X	X	X

<sup>2</sup>Deze interventies zijn nadrukkelijk aanvullend en worden dus niet als op zichzelf staande evidence based behandeling door de Multidisciplinaire Richtlijn aanbevolen.

## C Module- en activiteitenoverzicht

In beknopte beschrijvingen van de interventies is, waar mogelijk, aangesloten bij de beschrijving zoals die in de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen staat. Hier is voor gekozen om de eenheid in definities en terminologie te bevorderen. In de blokken onder de beschrijving staat per stoornis of en zo ja, welke conclusies er in de richtlijn over die interventie te vinden zijn.

### 1 Crisis interventie

Een acute situatie, de crisis, komt vooral voor bij de paniekstoornis. Een paniekaanval ontstaat de eerste keer totaal onverwacht en leidt dan tot grote onrust, heftige reacties en inschakelen van veel hulp. Dit vindt vaak op de eerste hulp plaats omdat mensen denken dat ze een hartaanval hebben. De eventueel volgende paniekaanvallen kunnen iedere keer opnieuw als een crisis beleefd worden. De behandeling zal er primair op gericht zijn om op de volgende aanvallen op adequate wijze te anticiperen en de inadequate, korte termijn oplossingen te vervangen door minder schadelijke langere termijn oplossingen (63).

<b>Richtlijn</b>	Genoemd bij verpleegkundige interventies.
------------------	---

### 2 Psycho-educatie

In de vroege behandel fase is het voor cliënten (en hun omgeving) noodzakelijk dat er direct concrete informatie gegeven over de volgende onderwerpen: wat is een angststoornis, waar is een angststoornis aan te herkennen, bij welke hulpverlener kunnen mensen met een angststoornis terecht, wat zijn de behandel-mogelijkheden, wat zijn de medicamenteuze mogelijkheden, wat kunnen cliënten zelf doen en welke verdere informatiebronnen zijn er (boekenlijsten, patiëntenverenigingen, lotgenotencontact).

<b>Richtlijn</b>	Psycho-educatie is niet als aparte interventie beoordeeld.
------------------	--

### 3 Zelfhulp

Voor de ondersteunende interventies wordt de meeste empirische ondersteuning gevonden voor de toepassing van zelfhulp. Zelfhulppakketten kunnen worden aangeboden aan patiënten met een paniekstoornis (al of niet met agorafobie) en een gegeneraliseerde angststoornis, waarbij het aan te raden is dit te ondersteunen met laag frequente ondersteunende contacten.

<b>Richtlijn</b>	<b>Conclusie niveau 2</b> Zelfhulp is effectiever dan geen specifieke behandeling bij gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis met of zonder agorafobie. Zelfhulp is het meest effectief bij afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen.
------------------	--

### 4 Steunende en structurerende begeleiding

Steunend en structurerende begeleiding gesprekken zijn gericht op structurering en op praktische problemen. In de begeleidingsgesprekken wordt gebruik gemaakt van psychotherapeutische technieken uit de cognitieve (gedrags)therapie, de interpersoonlijke therapie en de directieve therapie. Doelen zijn het verminderen en/of dragelijk maken van de klachten en symptomen van de angststoornis en daarmee de patiënt in staat te stellen op een voor hem meer adequate wijze in zijn leven te functioneren.

<b>Richtlijn</b>	Niet als aparte interventie beschreven.
------------------	---

## 5 Sociale vaardigheidstraining

In een sociale vaardigheidstraining is de aandacht gericht op gedragsmatige vaardigheidstekorten, waarmee een sociaal fobische patiënt in sociale situaties in de problemen komt en mogelijke negatieve reacties bij anderen veroorzaakt. Binnen een sociale vaardigheidstraining worden verschillende procedures gebruikt, zoals modellering, gedragsherhaling, rollenspelen, feedback en sociale bekrachtiging. Waarschijnlijk wordt het zelfvertrouwen binnen een vaardigheidstraining versterkt. Vaak worden ook exposure elementen en cognitieve herstructurering aan een sociale vaardigheidstraining toegevoegd.

<b>Richtlijn</b>	<b>Conclusie niveau 1</b> Sociale vaardigheidstraining is een effectieve behandeling bij sociale fobie. Sociale vaardigheidstraining is een betrekkelijk kortdurende therapie vorm die zowel in een individueel als in een groepsformat kan worden gegeven.
------------------	--

## 6 Exposure in vivo

Gedragstherapie richt zich op het leren omgaan met angsten en paniekaanvallen en het verminderen van fobisch vermijdingsgedrag door 'exposure in vivo' (oefenen in angstwekkende situaties).

Gedragstherapie stelt dat de op te heffen stoornissen zijn veroorzaakt door verkeerd verlopen leerprocessen die via opnieuw leren moeten worden gecorrigeerd; de therapie richt zich op gedragspatronen als zodanig in plaats van op de veronderstelde onbewuste processen.

<b>Richtlijn</b> Paniekstoornis	<b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat exposure in vivo effectief is bij de behandeling van de paniekstoornis met agorafobisch vermijdingsgedrag. <b>Conclusie niveau 1</b> Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling. Zij moet minimaal twee tot drie maanden duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast. Met specifieke situaties moet net zo lang worden 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 dient te worden uitgevoerd. <b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat de effecten van exposure in vivo op paniekstoornis met of zonder agorafobie over het algemeen duurzaam zijn.
Sociale fobie	<b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat exposure in vivo is een effectieve behandeling bij sociale fobie.
OCS	Zie de beschrijving onder 'Exposure met responspreventie'
GAS	<b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat exposure effectief is bij de behandeling van GAS.

	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat exposure bij GAS een relatief kortdurende therapie is die zowel in individueel als in groepsformat kan worden gegeven.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat de effectiviteit van exposure bij GAS op de langere termijn enigszins terugloopt.</p>
Specifieke fobie	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Exposure in vivo is effectief bij de behandeling van specifieke fobieën in het algemeen.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Exposure in vivo bij enkelvoudige fobie werkt, over het algemeen, het beste wanneer zij wordt toegepast in een individueel format of in het format van een kleine groep. Aanleren van coping, actieve begeleiding en goede voorbeelden door de therapeut of door een ander vertrouwd niet-angstig persoon kunnen de effecten van exposure in vivo verder versterken. De behandeling kan gespreid en langer zijn (één keer per week gedurende vier tot acht sessies) of geconcentreerd en kort (éénmalige behandeling gedurende twee tot drie uur).</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De effecten van exposure in vivo bij specifieke fobie blijven minimaal een jaar bestaan.</p>
Hypochondrie	Zie de beschrijving onder 'Exposure met responspreventie'.

## 7 Exposure met responspreventie

Bij een exposure behandeling is het de bedoeling dat de patiënt wordt blootgesteld (exposure) aan de (doorgaans door hem vermeden) stimuli die zijn angsten of obsessies triggeren alsmede zijn neiging tot het uitvoeren vermijdende- of dwanghandelingen en rituelen. Hierbij wordt hij tegelijkertijd verhinderd om deze uit te voeren (responspreventie). Zo zal bijvoorbeeld iemand met smetvrees een deurknop of een trapleuning moeten aanraken (exposure), zonder vervolgens zijn handen te wassen (responspreventie). De patiënt leert ervaren dat de spanning en angst op den duur dalen zonder dat hij zijn dwanghandelingen en rituelen hoeft uit te voeren.

<p><b>Richtlijn</b> OCS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat exposure in vivo (met responspreventie) een effectieve behandeling is voor de obsessieve compulsieve stoornis.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Exposure met responspreventie heeft het meeste effect als de sessies liefst in aanwezigheid van de therapeut voldoende lang duren om de angst te laten afnemen. De wijze van presentatie van de stimuli alsook de daarbij gekozen strategie zijn naar keuze en kunnen worden afgestemd op de individuele problematiek van de patiënt.</p>
---------------------------------	--

	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Effect en duurzaamheid van de behandeling met exposure en responspreventie kunnen nog worden vergroot indien voldoende aandacht wordt besteed aan patiënt motivatie en aan terugvalpreventie. Naarmate de klachten ernstiger zijn is het noodzakelijk de behandeling langer voort te zetten ook bij aanvankelijk gering resultaat.</p>
Hypochondrie	<p><b>Conclusie niveau 2</b> Exposure in vivo met responspreventie is een effectieve behandeling bij hypochondrie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De effectiviteit van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie is aangetoond voor een individueel kortdurend format van ongeveer tien zittingen.</p> <p><b>Conclusie niveau 4</b> Er bestaan geen gegevens over de lange termijn effecten van exposure in vivo met responspreventie bij hypochondrie.</p>

### Imaginaire Exposure

Imaginaire exposure is een procedure waarbij de cliënt wordt geholpen de traumatische herinneringen zodanig te herbeleven dat verwerking kan plaatsvinden. De nadruk ligt op herhaalde en langdurige herbeleving waarbij (cognitieve en emotionele) vermijding tot een minimum wordt beperkt. Een wezenlijk onderdeel van IE is het dagelijks luisteren naar audio-opnames van de exposure-sessies. De zittingen duren idealiter 90 minuten. De behandeling bestaat meestal uit ongeveer tien zittingen. Wanneer exposure in vivo om praktische of persoonlijke redenen niet meteen mogelijk is, kan worden gestart met imaginaire exposure of met exposure met behulp van 'virtual reality' technieken.

Richtlijn GAS	Geen conclusie geformuleerd. Wel genoemd als mogelijke interventie.
PTSS	Geen conclusie geformuleerd. <b>Aanbeveling</b> Wie cognitieve gedragstherapie toepast kan verschillende 'ingrediënten' uit het cgt-pakket met elkaar combineren, al moet worden bedacht dat de meeste en hardste evidentie bestaat voor de effectiviteit van de imaginaire exposure component. Daarom wordt er toch de voorkeur aan gegeven om bij een keuze voor CGT primair met Imaginaire Exposure te behandelen.
Specifieke fobie	Geen conclusie geformuleerd. Wel genoemd als mogelijke interventie.

### 9 Taakconcentratie training

Het doel van een taakconcentratie training is dat de patiënt oefent zijn aandacht naar buiten te richten op een taak in plaats van intern op lichamelijke sensaties en eigen reacties. De patiënt oefent dus om zijn naar binnen gerichte aandacht naar buiten te richten. Deze taakconcentratie training wordt ook voorgesteld als aanvulling op cognitieve herstructurering.

<p><b>Richtlijn</b> Sociale fobie</p>	<p><b>Conclusie niveau 2</b> Taakconcentratie training lijkt een zinvolle interventie bij angst om te blozen, naast cognitieve en gedragsmatige interventies.</p> <p><b>Conclusie niveau 2</b> Taakconcentratie training kan als aanvullende interventie worden toegepast in een individueel format.</p> <p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn geen gegevens bekend over de langere termijn effecten van taakconcentratie training.</p>
---	--

## 10 Cognitieve therapie

Cognitieve therapie is een probleemgerichte therapie. Het doel van cognitieve therapie is de patiënt te leren automatische, catastroferende gedachten herkennen, te corrigeren en te ontkrachten en rationele alternatieve gedachten te formuleren. Dit gebeurt zonder in een rechtstreekse discussie te raken, op een 'socratische' wijze. Afhankelijk van het type angststoornis wordt samen met de patiënt naar alternatieven voor de angstige- of dwanggedachten gezocht. Vaak volgen gedragsmatige therapieën om met de nieuwe gedachten te oefenen. (5, 64)

<p><b>Richtlijn</b> OCS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve therapie is een effectieve behandelmethode bij OCS.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve therapie bij OCS kan in een betrekkelijk kortdurend format van tien tot vijftien zittingen worden gegeven.</p> <p><b>Conclusie niveau 4</b> De lange termijn effecten van cognitieve therapie bij OCS zijn nog niet bekend.</p>
<p>GAS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat cognitieve therapie effectief is bij de behandeling van GAS.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat cognitieve therapie bij GAS een relatief kortdurende therapie is die zowel in individueel als in groepsformat kan worden gegeven.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat cognitieve therapie bij GAS ook op de langere termijn effectief is.</p>
<p>PTSS</p>	<p>Geen conclusie geformuleerd.</p>
<p>Specifieke fobie</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve therapie kan op zichzelf een effectieve behandeling zijn voor specifieke fobie. Vooralsnog moet de voorkeur echter worden gegeven aan exposure in vivo.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Verschillende soorten cognitieve therapie kunnen zinvol zijn bij de behandeling van specifieke fobieën. Deze behandelingen kunnen in een kortdurend format van enkele tot maximaal tien bijeenkomsten duren.</p>

	<p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn geen gegevens over de lange termijn effecten van 'pure' cognitieve therapie bij specifieke fobieën.</p>
Hypochondrie	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve therapie is een effectieve behandelmethode voor hypochondrie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De effectiviteit van cognitieve therapie bij hypochondrie is aangetoond voor individuele behandelingen in een kortdurend format van ongeveer tien zittingen.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Er zijn aanwijzingen dat de effecten van cognitieve therapie bij hypochondrie minimaal een jaar stand houden.</p>

### 11 Cognitieve herstructurering

Binnen een cognitieve behandeling worden negatieve en versturende cognities opgespoord met betrekking tot angstproeppende sociale situaties. In 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 in de sociale realiteit binnen zogeheten gedragsexperimenten.

<p><b>Richtlijn</b> Sociale fobie</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling in het algemeen, waaronder cognitieve herstructurering, is even effectief als individuele cognitieve gedragstherapie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve herstructurering is een effectieve behandelmethode voor sociale fobie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De geboekte vooruitgang bij een op cognitieve herstructurering gebaseerde behandeling van sociale fobie blijft twee tot vijf jaar nadien behouden. Het percentage dropouts is gering.</p>
---	---

### 12 Applied tension

Met name bij de bloed-, letsel en injectiefobie lijkt het zinvol om exposure te combineren met 'applied tension', een methode waarbij de patiënt zijn spieren aanspant om zo een ongewenste snelle bloeddrukvaling te voorkomen bij confrontatie met de fobische prikkel.

<p><b>Richtlijn</b> Specifieke fobie</p>	Geen conclusie geformuleerd.
--	------------------------------

### 13 Cognitieve gedragstherapie

De therapeutische aanpak in de cognitieve gedragstherapie is gebaseerd op de beginselen van de cognitieve psychologie (over cognitieve processen van b.v. geheugen, schemata-theorie), 'moderne' gedragstherapie (b.v. sociaal-leertheorie) en cognitieve sociale psychologie (b.v. sociale attributie, cognitieve dissonantie). In de praktijk betekent dit dat cognitieve gedragstherapie een combinatie van 'praten en doen' is.

<p><b>Richtlijn</b> Sociale fobie</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> De geboekte vooruitgang in een cognitief gedragstherapeutische behandeling in het algemeen (met inbegrip van sociale vaardigheidstraining) van sociale fobie blijft twee tot vijf jaar nadien behouden. Het percentage dropouts is gering.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve gedragstherapeutische groepsbehandeling in het algemeen, waaronder cognitieve herstructurering, is even effectief als individuele Cognitieve gedragstherapie.</p>
<p>PTSS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve gedragstherapie is een effectieve behandeling bij PTSS.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve gedragstherapie bij PTSS kan betrekkelijk kort duren (tien tot twintig zittingen), waarbij van diverse behandelingen uitgewerkte protocollen bestaan.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De resultaten van de behandeling van PTSS met CGT op langere termijn (dat wil zeggen, langer dan een jaar na afsluiting van de therapie) zijn vrij onduidelijk. De gegevens die er zijn stemmen niettemin hoopvol.</p>

#### 14 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)

EMDR is een geprotocolleerde procedure voor de behandeling van PTSS. De stappen van het protocol hebben tot doel de traumatische herinnering 'op scherp' te zetten waarna een afleidende stimulus/respons (bijvoorbeeld door de therapeut uitgelokte oogbewegingen) wordt geïntroduceerd. Via een proces van 'spontane' associaties wordt de traumatische herinnering van zijn emotionele lading ontdaan en geassocieerd met een nieuw, functioneel perspectief op zichzelf als persoon. De zittingen hebben idealiter een duur van 90 minuten.

<p><b>Richtlijn</b> PTSS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat EMDR een effectieve behandeling is bij PTSS.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> EMDR is een kortdurende interventie die volgens protocol kan worden uitgevoerd.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De resultaten van de behandeling van PTSS met EMDR op langere termijn (dat wil zeggen, langer dan een jaar na afsluiting van de therapie) zijn vrij onduidelijk. De gegevens die er zijn stemmen niettemin hoopvol.</p>
----------------------------------	---

#### 15 Paniek management/Anxiety management

Er zijn verschillende soorten PM beschreven. Daartussen bestaan veel overeenkomsten en enkele verschillen. De meest vóórkommende overeenkomsten zijn dat, in combinatie, doorgaans een geruststellende herinterpretatie ten aanzien van panieksensaties wordt nagestreefd, dat copingvaardigheden worden aangeleerd en dat blootstelling plaatsvindt aan panieksensaties. De belangrijkste verschillen liggen in de wijze waarop dat gebeurt en in de nadruk die elk van deze elementen krijgt. De drie duidelijkst beschreven en meest onderzochte soorten paniekmanagement zijn: Cognitieve Therapy Package (CTP), Panic Control Treatment (PCT) en Applied Relaxation (AR).

<p><b>Richtlijn</b> Paniekstoornis</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Psychologisch paniekmanagement is effectief bij de behandeling van paniekstoornis. T.a.v. het effect op ernstig agorafobisch vermijdingsgedrag moet de conclusie iets voorzichtiger zijn: waarschijnlijk moet de methode daar worden gecombineerd met (of worden vervangen door) exposure in vivo.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Verschillende soorten psychologische paniekmanagement zijn effectief bij de behandeling van paniekstoornis. T.a.v. het effect op ernstig agorafobisch vermijdingsgedrag moet de conclusie iets voorzichtiger zijn: waarschijnlijk moet de methode daar worden gecombineerd met (of worden vervangen door) exposure in vivo.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De effecten van PM zijn, zeker die op middellange termijn, behoorlijk duurzaam, al kunnen er individuele variaties optreden. Over de effecten op zeer lange termijn (meer dan vijf jaar) zijn geen gegevens bekend.</p>
<p>GAS</p>	<p><b>Conclusie niveau 2</b> Het is aannemelijk dat anxiety management training een effectieve behandelmethode is bij GAS.</p> <p><b>Conclusie niveau 2</b> Het is aannemelijk dat anxiety management in een individueel en kortdurend format kan worden gegeven bij de behandeling van GAS.</p> <p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn onvoldoende gegevens over de duurzaamheid van de effecten van anxiety management.</p>

### Behavioural stress management/Applied relaxation

Behavioural stress management bestaat uit een combinatie van procedures. Onder andere identificatie van stressors die een mogelijke invloed kunnen hebben op de ervaren lichamelijke sensaties. Verder applied relaxationprocedures, waarbij de patiënten een uitgebreide ontspanningstraining krijgen die ze uiteindelijk ook in het dagelijks leven kunnen toepassen. Verdere procedures zijn: probleem oplossen, assertiviteits-training en tijd management.

<p><b>Richtlijn</b> GAS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aangetoond dat Applied relaxation een effectieve behandelmethode is bij GAS.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Het is aannemelijk dat 'applied relaxation' in een kort individueel format kan worden gegeven bij GAS.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Het is aannemelijk dat de effectiviteit van applied relaxation bij GAS op de langere termijn behouden blijft.</p>
---------------------------------	---

Hypochondrie	<p><b>Conclusie niveau 3</b>  Behavioural stress management lijkt een effectieve behandeling bij hypochondrie, maar mogelijk niet als eerste keuze gezien de snellere positieve effecten bij cognitieve therapie en exposure met responspreventie</p> <p>Conclusie niveau 3  Behavioural stress management wordt gegeven in een individueel format van in totaal 19 sessies</p> <p>Conclusie niveau 3  Er zijn aanwijzingen dat de effecten van behavioural stress management bij hypochondrie minimaal een jaar stand houden.</p>
--------------	--

## 17 Farmacotherapie

Aangetoond is dat antidepressiva een gunstig effect hebben op het beloop van de meeste angststoornissen. De beslissing om bij een angststoornis een antidepressivum voor te schrijven, hangt af van de wens van de patiënt, van het type angststoornis, van de ernst en de duur van de angststoornis, van de mate van subjectief lijden en van de aanwezigheid van comorbiditeit in de vorm van een depressie. Bij angststoornissen kan gekozen worden uit: serotonerge tricyclische antidepressiva (TCA's), selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's), bètablokkers en benzodiazepine.

<p><b>Richtlijn</b>  Paniekstoornis</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b>  Het is aangetoond dat SSRI's veilig en effectief zijn bij de behandeling van een paniekstoornis. Hoewel goed getolereerd, valt door bijwerkingen 18% van de behandelde patiënten voortijdig uit.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Van de SSRI's citalopram is 20-30 mg per dag gemiddeld de streefdosering, voor fluoxetine 20 mg en voor paroxetine 20-40 mg per dag. Bij de overige SSRI's zijn geen dosis-effect studies verricht. Lagere doseringen kunnen in individuele gevallen ook effectief zijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Het is aannemelijk dat de SSRI's citalopram, fluvoxamine, paroxetine op lange termijn effectief blijven.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Het is aangetoond dat de TCA's clomipramine en imipramine effectief zijn bij de behandeling van paniekstoornis. Er zijn enige aanwijzingen, dat clomipramine effectiever is dan imipramine en dat de SSRI's citalopram en paroxetine effectiever zijn clomipramine. De TCA's zijn minder veilig dan SSRI's en worden minder goed getolereerd, hetgeen blijkt uit een voortijdige uitval door bijwerkingen van ongeveer 30%.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b>  Van de TCA imipramine is een dagdosering tussen 1,5 en 3,0 mg/kg en een plasmaspiegel tussen 110 en 140 mg/ml geassocieerd met een significant hoger effect dan hogere of lagere doseringen of plasmaspiegels. Bij clomipramine zijn geen dosis-effect studies verricht. Ook lagere doseringen kunnen in individuele gevallen effectief zijn.</p>
---	--

	<p><b>Conclusie niveau 1</b>  Het is aangetoond dat de TCA's clomipramine en imipramine effectief blijven op lange termijn. Er vindt minder terugval plaats wanneer minimaal 1 jaar wordt doorbehandeld.</p> <p><b>Conclusie niveau 2</b>  Het is aannemelijk dat de MAOI fenelzine effectief is bij de behandeling van paniekstoornis in een dosering tussen 40 en 60 mg per dag. Er is geen verschil gevonden met de TCA imipramine. Fenelzine is minder veilig dan TCA's en SSRI's en wordt minder goed getolereerd, hetgeen blijkt uit een voortijdige uitval door bijwerkingen van ongeveer 50%. I.v.m. mogelijke interactie met tyramine in voedsel is altijd een dieetadvies noodzakelijk. Gegevens over het effect op lange termijn ontbreken.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  De benzodiazepinen alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam zijn effectief bij de behandeling van de paniekstoornis en relatief veilig. Er is geen verschil in effectiviteit tussen deze middelen, noch tussen benzodiazepinen en imipramine. Door bijwerkingen valt ongeveer 15% van de behandelde patiënten voortijdig uit. Nadelen zijn de afhankelijkheid die optreedt bij langdurig gebruik en de bijwerkingen. Deze bijwerkingen kunnen ook een negatief effect hebben op gelijktijdige cognitieve gedragstherapie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Het is aangetoond dat de dosering van alprazolam op 6 mg per dag ligt. Bij de overige benzodiazepinen is geen dosis-effect studie verricht.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Alprazolam en clonazepam blijven effectief op lange termijn. De dagdosering kan soms worden verlaagd.</p>
Sociale fobie	<p><b>Conclusie niveau 1</b>  De SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van SAS. In het algemeen worden zij goed getolereerd, desondanks valt door bijwerkingen tot 25% van de behandelde patiënten voortijdig uit. De effectiviteit van de diverse SSRI's verschilt klinisch weinig.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  Effectieve doseringen voor de SSRI's zijn: fluvoxamine 150-300 mg, paroxetine 20-50 mg, sertraline 50-200 mg per dag.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  De SSRI's fluvoxamine en sertraline en paroxetine blijven effectief op lange termijn. Na staken is er een hoog terugvalpercentage.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b>  De MAOI fenelzine is effectief bij de behandeling van SAS. Dosering 45-60 mg per dag. Fenelzine is minder veilig dan de SSRI's en wordt minder goed getolereerd. Bij gebruik van fenelzine is het houden van een tyramine-arm dieet noodzakelijk. Gegevens over het effect op langere termijn ontbreken.</p>

	<p><b>Conclusie niveau 1</b> De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn effectief bij de behandeling van de gegeneraliseerde vorm van SAS. Het verschil in effectiviteit is niet onderzocht. Vergeleken met de MAOI fenelzine blijkt de laatste superieur. Er is geen vergelijkend onderzoek gedaan met SSRI's. Nadelen van de benzodiazepinen zijn de bijwerkingen, zoals sedatie en verminderd cognitief functioneren alsook afhankelijkheid op de langere termijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn geen dosis-effect studies bij de benzodiazepinen voor deze indicatie verricht.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Clonazepam blijft effectief op lange termijn. De dagdosering kan worden verlaagd.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De bètablokkers propranolol en atenolol zijn niet effectief bij de behandeling van het gegeneraliseerde subtype SAS, maar wel bij het specifieke subtype.</p>
OCS	<p><b>Conclusie niveau 1</b> SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van OCS. Hoewel goed getolereerd, valt door bijwerkingen ongeveer 20% van de behandelde patiënten voortijdig uit. De effectiviteit van de diverse SSRI's verschilt klinisch weinig.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Effectieve doseringen voor de SSRI's zijn als volgt: citalopram, fluoxetine en paroxetine: 20, 40 of 60 mg per dag en sertraline: 50, 100 of 200 mg per dag. Bij fluvoxamine is geen dosis-effect studie verricht.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De SSRI's fluvoxamine, fluoxetine, en sertraline blijven effectief op lange termijn. Het is zinvol om naar een minimaal effectieve dosering te zoeken. Staken van de medicatie laat frequent terugval zien.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Wanneer OCS niet reageert op een behandeling met SSRI's kan symptoomreductie worden verkregen door de SSRI te combineren met een antipsychoticum als haloperdol (5-10 mg) of risperidon (2-3 mg). Dit geldt waarschijnlijk voor alle patiënten met OCS, en niet, zoals eerder gevonden alleen voor een subgroep met comorbide tics. Additie van buspiron of lithiumcarbonaat aan een SSRI heeft geen meerwaarde.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Clomipramine is effectief bij de behandeling van OCS. De effectiviteit van de SSRI's fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine verschilt klinisch weinig van clomipramine.</p>

	<p><b>Conclusie niveau 4</b> Bij clomipramine zijn geen dosis-effect studies verricht. De mening van de werkgroep is dat ook lagere doseringen dan 300 mg per dag in individuele gevallen effectief kunnen zijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Clomipramine blijft effectief op lange termijn. Het is zinvol om naar een minimaal effectieve dosering te zoeken. Volledig staken van de medicatie laat frequent terugval zien.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Additie van buspiron en lithiumcarbonaat aan clomipramine heeft geen meerwaarde.</p>
GAS	<p><b>Conclusie niveau 1</b> De SSRI paroxetine is veilig en effectief bij de behandeling van GAS. Paroxetine wordt in het algemeen goed getolereerd, door bijwerkingen valt ongeveer 10% van de behandelde patiënten voortijdig uit.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De effectieve dosering van paroxetine is 20-40 mg per dag.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De SSRI paroxetine blijft effectief op lange termijn, de effectiviteit neemt na de initiële fase verder toe.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Venlafaxine met gereguleerde afgifte (XR) is effectief bij de behandeling van GAS. Het effect van de behandeling kan in het algemeen al binnen twee weken gesignaleerd worden.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De effectieve dosering voor venlafaxine is 37.5 tot 150 mg, eventueel tot 225 mg per dag. Er is een tendens dat de hogere doseringen effectiever zijn en sneller effect sorteren dan de lage dosis van 37.5 mg.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Venlafaxine mga. blijft effectief op lange termijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De TCA imipramine is effectief bij de behandeling van GAS. De effectiviteit wordt in het algemeen vanaf de tweede week gezien en betreft dan met name de vermindering van de psychische angstverschijnselen.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Er is geen systematisch onderzoek verricht naar dosisrespons relatie. De geadviseerde dosering van 150 mg is op basis van effectiviteitsstudies en klinische ervaring. Mogelijk kunnen ook lagere doseringen in individuele patiënten effectief zijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Buspiron is effectief bij de behandeling van GAS in een dosering van 30 tot 50 mg per dag. Effectiviteit is pas na 3-4 weken te beoordelen. Mogelijk heeft buspiron iets meer effect op de psychische angstverschijnselen dan op de somatische.</p>

	<p><b>Conclusie niveau 3</b> Buspiron blijft ook bij doorbehandeling effectief in een dosering van 15-30 mg.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De benzodiazepine alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam zijn effectief bij de behandeling van gegeneraliseerde angststoornis. Er is geen duidelijk verschil in effectiviteit tussen deze middelen. Vergeleken met de antidepressiva en buspiron treedt het effect van de benzodiazepinen sneller op en is de effectiviteit meer gericht op de somatische angstverschijnselen. De benzodiazepinen zijn relatief veilig. Belangrijke nadelen zijn de bijwerkingen op het cognitief functioneren en het risico op afhankelijkheid.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De benzodiazepinen blijven effectief op lange termijn. Na stoppen is er kans op terugval.</p>
PTSS	<p><b>Conclusie niveau 1</b> SSRI's zijn veilig en effectief bij de behandeling van PTSS.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De SSRI's sertraline en fluoxetine blijven effectief op lange termijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> De TCA's amitriptyline en imipramine zijn effectief bij de behandeling van PTSS. De TCA's worden minder goed getolereerd en zijn minder veilig dan de SSRI's, hetgeen maakt dat zij geen eerste keuze van behandeling zijn.</p> <p><b>Conclusie niveau 2</b> De dosering van de TCA's die effectief gebleken is, is 50 tot 300 mg per dag.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> De MAOI fenelzine is effectief bij de behandeling van PTSS in een dosering tussen de 15 en 75 mg per dag. In verband met mogelijke interactie met tyramine in voedsel is altijd een dieet advies noodzakelijk. Gegevens over het effect op lange termijn ontbreken.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Het anticonvulsivum lamotrigine is effectief gebleken bij de behandeling van PTSS in een dosering tot 500 mg per dag. Mogelijk zijn ook de andere anticonvulsiva carbamazepine en natriumvalproaat effectief. In verband met mogelijk bijwerkingen dient de dosering geleidelijk aan verhoogd te worden. Lange termijn gegevens ontbreken.</p>
Specifieke fobie	<p><b>Conclusie niveau 3</b> Paroxetine is veilig en effectief bij de behandeling van specifieke fobie.</p>
Hypochondrie	<p><b>Conclusie niveau 3</b> Fluoxetine is effectief bij de behandeling van hypochondrie.</p>

## 18 Combinatie therapie

Met combinatiebehandeling wordt in dit zorgprogramma de combinatie van (een vorm van) psychotherapie en medicatie bedoeld. Hier zijn verschillende combinaties in mogelijk, mede afhankelijk van de soort en de ernst van de angststoornis.

<p><b>Richtlijn</b> Paniekstoornis</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Cognitieve therapie is superieur aan antidepressiva wanneer er sprake is van paniekstoornis zonder agorafobie. Bij een agorafobie blijken antidepressiva effectiever. Alprazolam is minder effectief gebleken dan cognitieve therapie.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Het combineren van imipramine of fluvoxamine met exposure in vivo bij paniekstoornis met agorafobie geeft een beter effect vergeleken met een behandeling met deze medicatie alleen of exposure in vivo alleen. Het combineren van een antidepressivum met cognitieve gedragstherapie is niet superieur wanneer de patiënt niet of licht agorafobisch is. Ook heeft het combineren geen toegevoegde waarde wanneer de combinatiebehandeling voornamelijk gericht is op de bestrijding van de paniekaanvallen en niet op het terugdringen van het agorafobische vermijdingsgedrag.</p>
<p>Sociale fobie</p>	<p><b>Conclusie niveau 3</b> De relatieve effectiviteit van antidepressiva en cognitieve gedragstherapie is onvoldoende onderzocht.</p> <p><b>Conclusie niveau 3</b> Het combineren van sertraline met exposure in vivo bij SAS geeft slechts beperkt toegevoegd effect vergeleken met een behandeling met sertraline of exposure alleen.</p>
<p>OCS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan antidepressiva bij OCS.</p> <p><b>Conclusie niveau 1</b> Het combineren van clomipramine of fluvoxamine met exposure in vivo met respons preventie of cognitieve therapie bij OCS geeft slechts beperkt toegevoegd effect vergeleken met een behandeling met exposure of cognitieve therapie alleen. Er zijn enige aanwijzingen dat het effect van antidepressiva versterkt wordt door het toevoegen van cognitieve gedragstherapie. De combinatiebehandeling lijkt het meest effectief bij comorbide depressieve patiënten.</p>
<p>PTSS</p>	<p><b>Conclusie niveau 1</b> Het is aannemelijk dat cognitieve gedragstherapie superieur is aan antidepressiva bij PTSS.</p>

## 19 Terugvalpreventie

Om de kansen op een terugval en herhaling (na herstel) te verkleinen, verdient terugvalpreventie de aandacht. Terugvalpreventie kan de vorm krijgen van terugkombijeenkomsten en cognitief-gedragstherapeutische interventies in de laatste behandelfase. Deze zijn dan gericht om de aangeleerde vaardigheden op de langere termijn te behouden. Ook periodieke contacten, in de vorm van telefoongesprekken en het verstrekken van schriftelijk materiaal, kunnen daarbij behulpzaam zijn.

<b>Richtlijn</b> OCS	<b>Conclusie niveau 1</b> Effect en duurzaamheid van de behandeling met exposure en responspreventie kunnen nog worden vergroot indien voldoende aandacht wordt besteed aan patiëntmotivatie en aan terugvalpreventie. Naarmate de klachten ernstiger zijn is het noodzakelijk de behandeling langer voort te zetten ook bij aanvankelijk gering resultaat.
-------------------------	--

## 20 Psychiatrisch Intensieve thuiszorg

Het bevorderen of instandhouden van gezondheid, welbevinden en waardigheid; de cliënt moet een zo gewoon mogelijk, bestaan kunnen leiden ondanks zijn of haar stoornis of beperkingen. Het bieden van ondersteuning aan cliënten in de thuissituatie, variërend van psychosociale begeleiding tot praktische huishoudelijke steun en hulp bij de opvoeding. Het inzetten van gespecialiseerde verzorging kan in veel gevallen dagbehandeling of een klinische opname voorkomen. Ook kan gespecialiseerde verzorging ingezet worden als de motivatie bij de cliënt voor een intensievere vorm van hulp ontbreekt, of als de situatie van de cliënt nog niet precies duidelijk is.

<b>Richtlijn</b>	Niet als aparte interventie besproken.
------------------	--

## 21 Psychomotore therapie

Psychomotore therapie gaat uit van de samenhang tussen psychische problemen en lichamelijke reacties. In de therapie wordt gebruik gemaakt van lichaamsbeleving en bewegingsvormen. Het doel van de therapie is het tot stand brengen van een gedragsverandering of tenminste een bijdrage te leveren daaraan en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen. De psychomotorische therapie biedt een veilige plek om te experimenteren met ander gedrag. Ook kunnen nieuwe ervaringen op het gebied van voelen en denken opgedaan worden.

<b>Richtlijn</b> Algemeen	<b>Conclusie niveau 3</b> Lichamelijke inspanning heeft een bescheiden anxiolytisch effect. <b>Conclusie niveau 2</b> Relaxatieoefeningen in de vorm van progressieve relaxatie leveren een bescheiden bijdrage tot angstvermindering.
------------------------------	---

## 22 Creatieve/beeldende therapie

Beeldende therapie onderscheidt zich van andere vaktherapieën doordat er gebruik wordt gemaakt van "beelden" die op een enkele uitzondering na, een blijvend karakter hebben. Men wordt binnen beeldende therapie uitgenodigd om met materialen tot een persoonlijk werkstuk te komen. Bij angstige cliënten kan beeldende therapie een actieve vorm zijn om nieuwe ervaringen op te doen.

<p><b>Richtlijn</b> Algemeen</p>	<p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn aanwijzingen dat beeldende therapie bij de behandeling van angst c.q. angststoornissen bruikbaar is. Beeldende therapie kan een goede aanvulling zijn als woorden te kort schieten, het te angstig is om woorden te gebruiken of, zoals het bij kinderen kan voorkomen, de juiste woorden nog niet te vinden zijn.</p>
--------------------------------------	---

### 23 Muziek therapie

Muziektherapie is een methodische vorm van hulpverlening waarbij muzikale middelen binnen een therapeutische relatie gehanteerd worden ten einde veranderingen, ontwikkelingen, stabiliteit of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied te bewerkstelligen.

<p><b>Richtlijn</b> Algemeen</p>	<p><b>Conclusie niveau 4</b> Muziektherapie kan als ondersteunde therapie een bijdrage leveren aan de behandeling van angststoornissen als onderdeel van een breder therapie aanbod. Het leren omgaan met de nieuwe omgeving van de behandelingsituatie, het bekrachtigen van ontspanningsoefeningen en het leren herkennen en uiten van gevoelens van angst en spanning behoren tot de doelen die muziektherapie bij de behandeling van angststoornissen zou kunnen hebben.</p>
--------------------------------------	--

### 24 Dramatherapie

Dramatherapeutische interventies zijn bij angststoornissen een middel om in te zetten bij het leren van sociale vaardigheden; van positieve cognities, en het verminderen van negatieve cognities, het leren (her)kennen van kleinerende of zelfinperkende gedachten en leren deze te vervangen door gedachten gestoeld op reële inschatting van de eigen capaciteiten. (Hattum, 2000).

<p><b>Richtlijn</b> Algemeen</p>	<p><b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn aanwijzingen vanuit de behandelpraktijk dat dramatherapeutische interventies bruikbaar zijn bij de behandeling van angststoornissen. Ze kunnen een positief effect hebben op het systematisch minder gevoelig worden voor angst. Sociale vaardigheden kunnen verder worden verbeterd evenals het reëler inschatten van eigen mogelijkheden.</p>
--------------------------------------	--

### 25 Dans en bewegingstherapie

Het doel van dans- en bewegingstherapie is om door middel van het experimenteren en improviseren met (dans)bewegingen, nieuwe gevoelens en zijnswijzen te exploreren en toegang te krijgen tot gevoelens die moeilijk toegankelijk zijn (Stanton-Jones 1992). Het gaat bij bewegingstherapie om de unieke manier van bewegen als uitdrukking van iemands persoonlijkheid: de lijfelijkheid, de vitaliteit en de communicatie met jezelf en de omgeving. De danstherapeut richt zich op de relatie tussen beweging en gevoel. Het uitgangspunt is dat mensen via het exploreren van een gevarieerder bewegingsvocabulary een innerlijk gevoelsmatig evenwicht kunnen vinden en ook beter in staat zijn spontaan en aanpassingsgericht op de omgeving te reageren (Payne 1992).

<b>Richtlijn</b> Algemeen	<b>Conclusie niveau 4</b> Er zijn aanwijzingen vanuit de behandelpraktijk, dat dans en bewegingstherapie als ondersteunende therapie een bijdrage kan leveren aan de behandeling van angststoornissen als onderdeel van een breder therapieaanbod.
------------------------------	---

## 26 Netwerkondersteuning

Met ondersteuning van het netwerk wordt ondersteuning bedoeld die thuis, in de relationele sfeer geboden wordt om de behandeling zo goed mogelijk te laten aansluiten bij die thuissituatie. Hiermee kan het behaalde effect van de behandeling verstevigd en geconsolideerd worden en terugval worden voorkomen. Dit vindt plaats door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds hen te leren zo goed mogelijk met de cliënt om te gaan. Hiernaast wordt zonedig praktische ondersteuning georganiseerd bijv. in de vorm van gespecialiseerde gezinszorg.

<b>Richtlijn</b> Algemeen	<b>Conclusie niveau 4</b> De effectiviteit van het netwerk is niet op basis van wetenschappelijk onderzoek aangetoond, al is de algemene opvatting wel dat hiermee de behandeling van angststoornissen wordt ondersteund.
------------------------------	--

## 27 Systeemtherapie

Systeem therapie richt zich op relatieproblemen tussen de cliënt en zijn sociale omgeving, zijn systeem. Het betrekken van het systeem zal zoveel mogelijk plaatsvinden als het systeem een overheersende rol speelt in de coping met dan wel de instandhouding van de klachten. Naast de angstklachten kunnen er problemen zijn ontstaan als gevolg van de angstklachten of kunnen angstklachten een functie hebben in de interactie met partner, ouders of kinderen.

<b>Richtlijn</b> Algemeen	Door het panel verpleegkundigen beoordeelt als een relevantie interventie.
------------------------------	--

## 28 Sociotherapie

In de sociotherapie wordt gebruik gemaakt van mensen, hulpmiddelen en gebeurtenissen in de directe omgeving van de patiënt om een optimaal psychosociaal functioneren te bevorderen.

<b>Richtlijn</b> Algemeen	Genoemd als ondersteunende interventie maar niet beschreven en beoordeeld.
------------------------------	--

## 29 Psycho-chirurgie

Ondanks de negatieve lading van neurochirurgische (psychochirurgische) interventies bij psychiatrische andoeningen in het verleden, zoals frontale lobotomie, zijn moderne stereotactische procedures reële behandelopties. Met name cingulotomie (onderbreken van de verbindingen in die delen van de hersenen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van OCD) en capsulotomie (verbreken van de verbinding tussen de voorste hersenen (basale gangliën) en de dieper gelegen hersenen (grijze kernen)) (Mindus e.o.1994) blijken bij een deel van de patiënten met ernstige therapieresistente OCS vermindering van symptomen te geven. In Nederland is deze behandeling gereserveerd voor zeer ernstige en therapieresistente patiënten met OCS. De beoordeling of een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt vindt plaats door de Werkgroep Psycho-chirurgie en de ingreep wordt in een gespecialiseerd centrum uitgevoerd.

<b>Richtlijn</b> OCS	Geen conclusie geformuleerd
-------------------------	-----------------------------

### 30 Supportgroepen/lotgenoten

Hulpverleners kunnen hun cliënten doorverwijzen naar patiënt/cliëntenorganisaties, lotgenotencontacten en andere informatiebronnen waar cliënten informatie kunnen krijgen over de ervaringen van anderen. Hier kan onder andere een 'second opinion' ingewonnen worden. lotgenoten contact bestaat onder andere uit het elkaar op weg door ervaringen uit te wisselen en elkaar waardevolle tips te geven in een veilige omgeving. Er is onderling begrip en betrokkenheid door de herkenning van angstklachten. Daarnaast kan psycho-educatie gegeven worden over hoe om te gaan met de klachten en bijvoorbeeld medicijngebruik.

<b>Richtlijn</b>	Door het panel verpleegkundigen beoordeelt als een relevantie interventie.
------------------	--

### 31 Arbeidsrehabilitatie/arbeidstherapie

Het doel van arbeidstherapie is in het algemeen om een eerste stap te zijn in het reïntegratietraject naar werk met loonwaarde. Het bespoedigt de reïntegratie en beperkt de verzuimduur omdat de werknemer contact met de werkplek opbouwt en de daginvulling weer structuur krijgt. Hierbij ontstaat bij alle partijen meer inzicht in de mate en/of aard van belastbaarheid van de medewerker met arbeidsverzuim.

<b>Richtlijn</b> Algemeen	<b>Conclusie niveau 4</b> De effectiviteit van arbeidsrehabilitatie is niet op basis van wetenschappelijk onderzoek aangetoond, al is de algemene opvatting dat hiermee de behandeling van angststoornissen wordt ondersteund.
------------------------------	---

### 32 Nazorg

Bij afronding van de behandeling of opnameperiode kan met name de eerste lijn een rol spelen in de nazorg; in het bestendigen van de behaalde resultaten en de reïntegratie in het dagelijks leven en naar werk.

<b>Richtlijn</b>	Niet als aparte interventie beschreven
------------------	--



## Hoofdstuk 8 Randvoorwaarden

### Randvoorwaarden

*“Minimale vereisten waaraan voldaan moet zijn om het zorgprogramma in de praktijk tot stand te brengen.”*

- A** Randvoorwaarden in zorgprogramma's.
- B** Randvoorwaarden binnen een basisprogramma angststoornissen.
- C** Waar moet verder rekening mee gehouden worden?

### A Randvoorwaarden in zorgprogramma's

Werken met zorgprogramma's stelt eisen aan de organisatie en inrichting van de zorg. Een zorgprogramma is in eerste instantie (meestal) een constructie op papier, die niet zomaar in de bestaande praktijk ingevoegd kan worden. Deze praktijk is over het algemeen anders ingericht en is niet toegespitst om te voldoen aan de doelen van zorgprogrammering.

Het minimale pakket vereisten waaraan voldaan moet zijn om te kunnen werken met het zorgprogramma worden de *randvoorwaarden* genoemd. Hoe dit pakket eruit ziet, zal per regio verschillen. Het is belangrijk om de randvoorwaarden helder te beschrijven in het zorgprogramma, om te voorkomen dat er in de implementatie-fase onvoorziene problemen ontstaan.

De centrale vraag is: hoe kan de inrichting en organisatie van de zorg afgestemd worden op wat in het zorgprogramma beschreven wordt. De randvoorwaarden om programmatisch te kunnen werken zijn in vijf thema's in te delen:

#### *Continuïteit in het aanbod*

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de doelgroep. Het gaat dan om continuïteit:

- Binnen de setting (of circuits): ambulante, semi- en intramuraal.
- Tussen de settings (of circuits): jeugd, volwassenen, ouderen, langdurig zorgafhankelijken.
- Met aanpalende sectoren: eerste lijn, verslavingszorg, thuiszorg, maatschappelijk werk etc.

#### *Continuïteit in de sturing van de zorg*

Deze randvoorwaarden betreffen continuïteit van de zorg op het niveau van de individuele cliënt. Het gaat dan om continuïteit:

- Vanuit de voordeur naar achterliggende programma's.
- Door middel van een regievoerende hulpverlener.
- Door een programmabrede voortgangsevaluatie van de behandeling.

#### *Planning van het aanbod*

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met:

- De kwantiteit (per doelgroep van het zorgprogramma): welke modules en menskracht zijn nodig?
- De kwaliteit: deskundigheid van de hulpverleners die het zorgprogramma uitvoeren.

#### *Bewaking van de kwaliteit van zorg*

Dat gebeurt door:

- Het vastleggen van de taken en verantwoordelijkheden van de betrokken uitvoerenden.
- De periodieke innovatie van programma's; het aanpassen van de inhoud aan nieuwe inzichten en behandelmethoden.

### *Kwaliteit van de hulpverleners*

Onder kwaliteit van de instelling vallen:

- het kwaliteitsbeleid van de instelling(en) als totaal.
- het bijhouden van de professionele deskundigheid van de individuele hulpverlener.
- Aandacht voor de attitude van de hulpverleners.

## **B Randvoorwaarden binnen een basisprogramma angststoornissen.**

De genoemde randvoorwaarden zijn veelal niet specifiek van toepassing op één zorgprogramma. Dat wil zeggen dat meerdere zorgprogramma's kunnen profiteren van een goede invulling van de randvoorwaarden. Andersom betekent dat ook dat er samen aan die invulling gewerkt kan worden.

Dat wil echter niet zeggen dat randvoorwaarden niet voor een specifiek zorgprogramma uitgewerkt kunnen of moeten worden. In dit deel worden de randvoorwaarden voor een zorgprogramma angststoornissen beschreven.

### **Continuïteit in het aanbod**

#### *Continuïteit in het aanbod binnen en tussen circuits*

Een tweedelijns zorgprogramma angststoornissen loopt door de verschillende circuits heen. De meeste cliënten met een angststoornis worden ambulante behandeld, maar voor anderen is (tijdelijke) overstap naar de semi-murale en intramurale circuits nodig.

Bij een ambulante behandeling in de GGZ gaat het meestal om een combinatie van (individuele) psychotherapie of psychiatrisch management en medicamenteuze behandeling.

De behandeling zal overwegend individueel zijn, soms zal het systeem bij de behandeling betrokken worden. Ook groepsbehandeling kan in een ambulante setting plaats vinden. De uitvoering zal gedaan worden door een psycholoog/psychotherapeut of SPV in samenwerking met een psychiater. De cliënt bezoekt de polikliniek of de behandelaar bezoekt hem/haar, indien er een indicatie voor is, thuis.

In principe is er een glijdende schaal van ambulante naar deeltijdbehandeling bij toename van het aantal behandelactiviteiten. Deeltijdbehandeling is bestemd voor cliënten als ambulante behandeling te weinig structuur kan bieden of te weinig intensief is om vermindering van de angstklachten te kunnen bewerkstelligen. Deeltijdbehandeling wordt overwogen wanneer:

- De invulling van de sociale rollen tekort schiet (bijvoorbeeld langdurig niet meer in staat zijn om naar school te gaan, te studeren, te werken, moeilijkheden met de partner- of ouderrol, moeite met zinvolle vrijetijdsbesteding, weinig sociale contacten);
- Het steunsysteem van de cliënt overbelast is geraakt;
- Eerdere ambulante behandeling te weinig (duurzaam) effect opleverde;
- De verwachting gerechtvaardigd is dat de cliënt gebaat zal zijn met groepsbehandeling.

Het streven moet zijn de cliënt in staat te stellen om de behandeling verder ambulant te vervolgen.

Een acute tweedelijns klinische opname vindt in principe alleen plaats wanneer er sprake is van een crisissituatie die ambulant niet kan worden gehanteerd. Reguliere klinische opname kan geïndiceerd zijn wanneer sprake is van geringe draagkracht, uitputting en/of demoralisering van het steunsysteem. Andere indicaties zijn: noodzaak voor intensieve observatie; instellen van medicatie, complicaties bij medicatie, bescherming bij suicidaliteit of therapieresistentie. Daarnaast wordt doorverwezen in het geval van zeer specialistisch onderzoek in de derde lijn.

In alle gevallen duurt klinische opname zo kort mogelijk. Regelmatig zal bekeken moeten worden of de klinische opname nog een meerwaarde heeft boven de deeltijd- of ambulante behandeling.

Van groot belang is dat wisselingen van (hoofd)behandelaar zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Het heeft voor zowel de cliënt als de behandelaar grote voordelen als de behandelaar de mogelijkheid heeft de cliënt door te blijven behandelen, ongeacht de setting waar hij of zij verblijft.

Clënten die tussen circuits bewegen komen in het geval van een angststoornis minder vaak voor dan bijvoorbeeld cliënten met een psychotische stoornis. Cliënten kunnen wel overgaan van het circuit jeugd naar het circuit volwassen en van het circuit volwassen naar het circuit ouderen en natuurlijk in het geval van co-morbide stoornissen. Het is belangrijk dat deze overgang voor de cliënt zo soepel mogelijk verloopt, zonder onderbreking van de behandeling. Een goede overdracht tussen behandelaren is noodzakelijk.

### **Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren**

Continuïteit in het aanbod met aanpalende sectoren is ook bij angststoornissen heel belangrijk. Afhankelijk van de soort en de ernst van de angststoornis zal een groot deel van de cliënten in de eerste lijn behandeld kunnen worden. Personen met een meer ernstige vorm van angststoornissen of met PTSS of OCS zullen naar de tweedelijns GGZ verwezen worden. Hierover moeten duidelijke afspraken gemaakt worden, onder andere rond:

- De criteria voor verwijzing,
- De wachttijden waar de cliënt op moet rekenen,
- Op welke onderdelen samengewerkt kan worden,
- Hoe en op welk moment er terugkoppeling naar de huisarts of eerste lijnspsycholoog plaats vindt.
- Afspraken over wederzijdse beschikbaarheid en bereikbaarheid.

Behandelaren en cliënten in zowel de eerste lijn als de tweede lijn kunnen besluiten dat het inschakelen van bijvoorbeeld thuiszorg noodzakelijk is of dat er verwezen moet worden naar andere instanties zoals de verslavingszorg. Ook in die gevallen gelden de aandachtspunten die hierboven zijn genoemd.

### **Continuïteit in de sturing van zorg**

Onder continuïteit van zorg verstaan we: een eenduidig behandelbeleid binnen en tussen disciplines door het gehele zorgprogramma heen, op het niveau van de individuele cliënt. Om dat te bereiken moet aan de volgende randvoorwaarden voldoen worden.

### **Continuïteit vanuit de voordeur naar achterliggende programma's**

Binnen dit basisprogramma wordt de voordeur gevormd door de eerste lijn, en niet door het voordeurprogramma van de tweedelijns GGZ. Het streven is dat er op individueel niveau een consistente route door de hulpverlening tot stand komt. Noodzakelijk daarvoor is dat er afspraken gemaakt worden over de *mate van diagnostiek* in de verschillende onderdelen van de route. Dus:

- welke mate van diagnostiek wordt uitgevoerd vóórdat de cliënt wordt doorverwezen;
- welke diagnostische activiteiten worden in de GGZvoordeur uitgevoerd, en welke daarachter (in het specifieke programma).

Voorkomen dient te worden dat:

- de cliënt steeds opnieuw zijn of haar verhaal moet vertellen;
- toewijzing aan een specifiek programma een langdurig traject wordt;
- diagnostische activiteiten op verschillende plekken herhaald worden;
- er gebruik gemaakt wordt van onderling afwijkende diagnostische instrumenten.

Afspraken *ter ondersteuning* van de sturing van de zorg zullen gemaakt moeten worden rond:

- de structuur waarin alle hulpverleners een plaats krijgen met betrekking tot de specifieke taken,
- bevoegdheden en verantwoordelijkheden binnen het zorgprogramma;
- een overlegstructuur die op de programmastructuur aansluit;
- het in kaart brengen van de cliëntstromen (in- door- en uitstroom);
- expliciteren van het aanbod per hulpverlener / hulpverlenende instantie;
- aanpassing van de administratieve organisatie: met name rond het registratiesysteem en het logistieke proces;
- het opstellen van prestatie-indicatoren om de organisatie aan te sturen: financiële gegevens, productiegegevens maar ook verloop van medewerkers en cliëntensatisfactie;

- afstemming van de planning en control cyclus: beleidskeuzen, de voortgang daarin en de financiële stand van zaken.

#### ***Continuïteit door middel van een regievoerende hulpverlener***

Om het bovenstaande goed uit te kunnen voeren, is een centrale regievoerder noodzakelijk. Dat kan de huisarts zijn, maar ook de ambulante hulpverlener. De huisarts als regievoerder heeft als voordeel dat de toegang voor de cliënt laagdrempelig is en dat de huisarts in veel gevallen het start- en eindpunt van het zorgtraject is. Nadelig is dat de communicatie en toegang van de eerste- naar de tweedelijns GGZ in de praktijk nog niet optimaal is. De combinatie van praktische aspecten en de voorkeur van de cliënt zijn doorslaggevend in de keuze van de regievoerder.

Tot de taken van de regievoerder kan het volgende gerekend worden:

- overzicht hebben of krijgen van het mogelijke behandelaanbod dat passend is voor de individuele cliënt,
- overzicht houden van de doorlopen en toekomstige stappen van de cliënt door het zorgprogramma,
- functie van vraagbaak en contactpersoon voor zowel de cliënt als de overige hulpverleners.

#### ***Continuïteit door een programmabrede voortgangsevaluatie***

Dit punt hangt samen met het vorige. Op vooraf afgesproken momenten wordt de voortgang van de behandeling geëvalueerd en gekeken of wijzigingen in het behandelplan noodzakelijk zijn. Dit hoort uiteraard binnen iedere behandeling te gebeuren, maar om de evaluatie programmabreed uit te voeren is een hogere mate van afstemming en organisatie noodzakelijk.

### **Planning van het aanbod**

In de planning van het hulpaanbod moet rekening gehouden worden met de kwantiteit en de kwaliteit van het aanbod.

#### ***Kwantiteit***

In het regionale zorgprogramma voor angststoornissen is vastgelegd wat tot de kern van het aanbod zou moeten behoren. Een deel daarvan zal al aanwezig zijn, maar mogelijk zullen er ook nieuwe modules aan het aanbod toegevoegd moeten worden. Als dat helder is, kan bepaald worden wat er aan mensen en middelen nodig is om dat aanbod op een goede manier in te vullen en uit te voeren.

Mensen:

- Invulling van de medewerkerscapaciteit. Een capaciteitsplan is noodzakelijk om te bepalen wat de benodigde capaciteit is, afgestemd op de geïnventariseerde vraag.
- Betrouwbare afstemming van personele inzet in relatie tot de verwachte werklast.
- Voldoende afstemming tussen professionals onderling en met andere zorgprogramma's.

Middelen:

- Het elektronisch cliëntendossier (EPD) is een ondersteunende voorwaarde voor een hulpverlener om bij het werken met zorgprogramma's overall en altijd een cliëntendossier in te kunnen zien.
- Een goed werkend management informatie systeem (MIS) met zicht op de belangrijkste doelgroepen en de hulpverlening aan deze doelgroepen.

#### ***Kwaliteit van de hulpverleners***

Daaraan gekoppeld is een inventarisatie van de aanwezige deskundigheid over de behandeling van angststoornissen. Ook hiervoor geldt dat een deel daarvan al bij de hulpverleners aanwezig is, maar soms zal erg specifieke deskundigheid van elders gehaald moet worden. Er moet dus rekening gehouden worden met:

- welke deskundigheid er al aanwezig is,
- welke deskundigheid aanvullend in huis gehaald moet worden,

- wat er op het gebied van deskundigheidsbevordering moet gebeuren,
- wat de gevolgen voor bijvoorbeeld het aannamebeleid zijn.

### **Bewaking van de kwaliteit van de zorg**

Programma's zijn de weerslag van wat cliënten, hulpverleners en wetenschappers verstaan onder goede zorg. Omdat de ideeën over goede zorg voortdurend aan verandering onderhevig zijn, zijn programma's voortdurend in ontwikkeling. Het programma zal daarom periodiek geëvalueerd en bijgesteld moeten worden aan de hand van nieuwe ontwikkelingen in de praktijk of aan uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zal het werken met het programma in de praktijk duidelijk maken in hoeverre het voldoet, dat wil zeggen: biedt het werkelijk een samenhangend hulpaanbod voor de doelgroep en bevordert het werkelijk de samenwerking, afstemming en tevredenheid binnen en tussen de instelling en de omgeving? Er zal dus regelmatig gewerkt moeten worden aan het actualiseren van het zorgprogramma en de wijze waarop hiermee gewerkt wordt. De inbreng van het cliëntenperspectief neemt hierbij een belangrijke plaats in.

Het werken met programma's in de praktijk en het integreren van nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen vereist regelmatig onderhoud. Doel is dat op basis van zowel praktische ervaringen als theoretische ontwikkelingen het programma bijgesteld wordt en (mits daar consensus over bestaat) in de tekst van het programma verwerkt worden.

### **Kwaliteit van de hulpverleners**

Om het behandelaanbod kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel daarvan zal zijn dat alle hulpverleners steeds goed geïnformeerd zijn en dat ze werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen. Een afdoende kennisniveau binnen het zorgprogramma als geheel en bij de individuele medewerkers afzonderlijk is één van de noodzakelijke voorwaarden voor het slagen van de zorg in programma's.

Het werken in zorgprogramma's is een dynamisch proces en vraagt een continue betrokkenheid van de medewerkers. Daarom dienen ontwikkelingen en vernieuwingen gedeeld te worden met medewerkers van de zorgprogramma's. Zij moeten de dynamische ontwikkelingen binnen het zorgprogramma vormgeven in de behandeling.

#### ***Periodieke innovatie***

Vanuit het professionele perspectief dient de meest recente wetenschappelijke en gemeenschappelijke kennis van dat moment te worden gehanteerd. Het is aan de programmacoördinator, ondersteund door deskundigen om bij te houden welke de nieuwste ontwikkelingen zijn op het gebied van de behandeling van angststoornissen en deze aan het zorgprogramma toe te voegen.

Om het zorgprogramma kwalitatief hoogwaardig, actueel en in grote lijnen uniform te houden, dienen bij- en nascholingsactiviteiten georganiseerd te worden. Hoofddoel is alle hulpverleners steeds goed te informeren en te werken volgens de vastgestelde richtlijnen en protocollen.

## **C Aspecten waar rekening mee gehouden moeten worden**

### ***Clientenparticipatie***

Vraaggerichte zorg is één van de doelstellingen van het werken met zorgprogramma's. Cliënten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een vraaggericht zorgprogramma. In de praktijk blijkt van het cliëntenperspectief echter weinig gebruik gemaakt te worden. Om gebruik te maken van het zorgprogramma als onderhandelingskader dient aan de volgende randvoorwaarden voldaan te worden.

Het belangrijkste uitgangspunt voor zorgprogrammering is de hulpvraag van de cliënt of omgeving als startpunt voor de behandeling. Hiermee is de basis gelegd voor de betrokkenheid van cliënten- en familie-

ledenorganisaties bij de formulering en kwaliteitsbewaking van het zorgprogramma (zie hiervoor ook de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen hoofdstuk 13: “Aanbevelingen vanuit het cliëntenperspectief”). Zij kunnen de kwaliteit van het programma verbeteren door vanuit eigen ervaring de vraagkant te representeren. De betrokkenheid van organisaties van cliënten en familieleden is daarmee een van de belangrijkste randvoorwaarden voor het vraaggerichter maken van de zorg.

Het gaat erom een manier te vinden waarop cliënten en familieleden betrokken zijn vanuit hun eigen perspectief, cultuur en tempo. Om te bepalen op welke manier en in welk stadium cliënten en familieleden een rol kunnen spelen bij de zorgprogrammering kan het volgende schema gebruikt worden:

	Landelijke of regionale organisaties	Cliëntenraden	Individuele cliënten
<b>Vooraf</b>	Samen hoofdlijnen vaststellen		
<b>Tijdens</b>		Raadplegen of uitnodigen in de werkgroep	
<b>Na</b>	Eindresultaat voorleggen		Interviews en ander Onderzoek

BRON: "PROGRAMMAS IN DE GGZ - HANDLEIDING VOOR ZORGPROGRAMMERING, 2001.

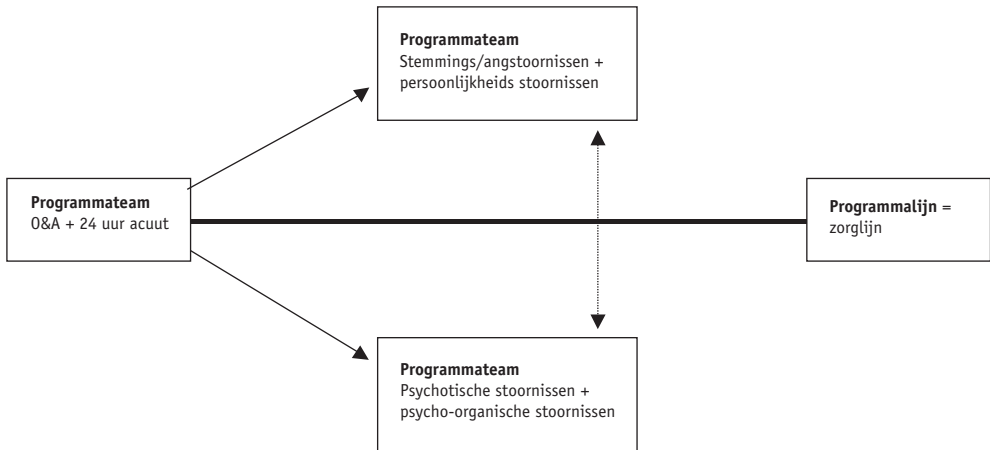
#### ***Afstemmen van de organisatie op de zorgprogrammering***

De ervaringen in een aantal regio's met het invoeren van zorgprogramma's laten zien dat het meestal verstandig is te kiezen voor een strategie waarbij de organisatie de inhoud volgt. Dat betekent dat in eerste instantie de invoering van de zorgprogramma's stapsgewijs ter hand wordt genomen vanuit de bestaande organisatie-opbouw. Pas wanneer op een gegeven ogenblik blijkt dat de organisatie een knelpunt gaat vormen voor het programmatisch werken worden de dan noodzakelijke organisatiewijzigingen ingezet en doorgevoerd. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als verschillende onderdelen van de organisatie (bv. ambulante en deeltijd) gezamenlijk vorm moeten gaan geven aan een zorgprogramma, wat allerlei eisen stelt aan de vormgeving van het aan het programma gekoppelde hulpaanbod. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheid van gezamenlijke dossiers en de evaluatie van de behandeling binnen het kader van het zorgprogramma. Voordeel van deze werkwijze is dat de invoering van de zorgprogrammering geleidelijk en in nauw overleg met alle betrokkenen plaatsvindt, wat bevorderlijk is voor het draagvlak en voor de continuïteit van de hulpverlening.

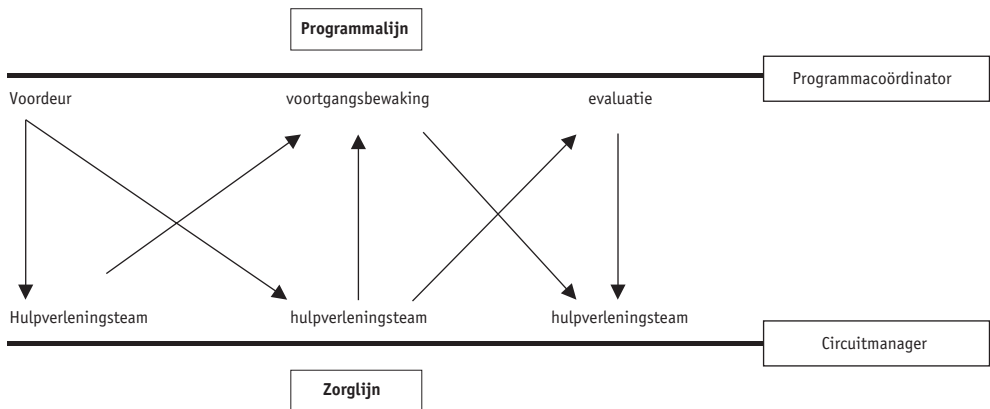
Men kan ook kiezen voor een complete kanteling van de organisatie op een bepaald moment, maar dit kan niet goed zonder een gedegen en langdurige voorbereiding met alle betrokkenen.

In de praktijk zijn er verschillende mogelijkheden tot ontwikkeling gekomen om de organisatie van de zorg af te stemmen op de zorgprogrammering. Ter illustratie schetsen we hier twee uitersten. In de praktijk zal vaak gekozen worden voor een tussenvorm.

- Het zorgprogramma is de basis voor de structuur van de organisatie waarbij een team van medewerkers geclusterd wordt binnen het zorgprogramma;



- Het zorgprogramma krijgt wel een structurele inbedding maar de organisatie blijft zoals die was (georganiseerd naar circuit of setting).





## Hoofdstuk 9 Implementatie

### Implementatie

*“Een procesmatig en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg.”*

- A Implementatie in zorgprogramma's
- B Implementatie in het basiszorgprogramma angststoornissen
- C Implementatie van zorgprogramma's

### A Implementatie in zorgprogramma's

Met de formulering van het inhoudelijke zorgprogramma is een aanzienlijke klus geklaard. Een daarmee samenhangende en niet te onderschatten stap is het implementeren van het zorgprogramma binnen de organisatie van de zorg. Implementatie wordt door ZonMw gedefinieerd als:

*“ een procesmatig en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de gezondheidszorg.”*

Deze vernieuwing is de reden dat het zorgprogramma geschreven is, en daarom is het jammer dat er in de zorgprogramma's weinig terug te vinden is over *hoe* deze procesmatige en planmatige invoering dient te verlopen. Te meer omdat zorgprogramma's geen gemakkelijke vernieuwing zijn om in te voeren:

- het concept is complex en speelt op verschillende niveaus en door verschillende organisaties heen,
- het draagvlak voor het invoeren van zorgprogramma's kan sterk wisselen. Enerzijds zijn er de voortrekkers maar anderzijds moet ook altijd gerekend worden op flinke weerstand,
- het werken met zorgprogramma's heeft consequenties voor het geheel van elke organisatie die erbij betrokken is. Invoering van zorgprogramma's is om die redenen niet iets wat even snel kan worden gerealiseerd,
- het gaat om een langdurig proces, dat vanwege de complexiteit goed gestuurd en ondersteund moet worden, omdat de kans op problemen vrij groot is.

Het daarom belangrijk dat er in het zorgprogramma zelf aandacht besteedt wordt aan bevorderende en belemmerende factoren die te verwachten zijn bij de implementatie. Door deze duidelijk in kaart te brengen zijn de eerste stappen in de richting van een succesvol implementatietraject gezet.

Een belangrijk leerpunt uit de praktijk van de afgelopen jaren is dat de invoering van zorgprogramma's niet inhoudt dat de bestaande praktijk in zijn geheel moet worden vervangen door een heel nieuwe praktijk. Vaak is het zo dat een belangrijk deel van de bestaande praktijk ook past in het wenselijke aanbod, zoals beschreven in het zorgprogramma. Implementatie van het zorgprogramma betekent dan dus dat gekeken wordt hoe je vanuit de bestaande praktijk stapsgewijs kunt toewerken naar de wenselijke praktijk conform het programma. Daarbij kunnen jaarlijks prioriteiten gesteld worden voor vernieuwingen die men dat jaar wil realiseren. Per prioriteit wordt vastgesteld wat de belemmerende en bevorderende factoren zijn, welke winst men met de betreffende zorgvernieuwing wil bereiken en langs welke lijn de zorgvernieuwing tot stand wordt gebracht. De invoering van de zorgvernieuwing wordt idealiter begeleid met monitoringonderzoek (gericht op proces, structuur en uitkomsten) om te volgen in hoeverre de invoering succesvol verloopt of moet worden bijgestuurd.

Hieronder staan een voorbeeld van hoe een stapsgewijze invoering van zorgprogramma's eruit kan zien.(17)

#### **Stap 1**

- Beschrijving van het wenselijke hulpaanbod voor de doelgroep (zorgprogramma).
- Beschrijving van het bestaande hulpaanbod voor de doelgroep (huidige situatie).
- Vaststellen waar de belangrijkste verschillen zitten.

#### **Stap 2**

- Keuze voor prioriteiten: welke verbeterstappen worden het komende jaar in gang gezet (bv. invoeren nieuwe module, verhogen van de deskundigheid, samenwerking realiseren, logistieke planning, wijziging in de organisatie doorvoeren, etc.).
- Vastleggen van deze prioriteiten in een jaarplan.

#### **Stap 3**

- Per prioriteit (verbeterstap) nagaan welke belemmerende en bevorderende factoren specifiek van belang zijn voor deze verbeterstap en welke resultaten men van de invoering van de betreffende verbeterstap verwacht.
- Op basis hiervan per verbeterstap een invoeringsstrategie bepalen en vaststellen op welke punten de invoering gemonitord gaat worden (die monitoring kan zich richten op het proces, op de structuur en op de eerste uitkomsten).

#### **Stap 4**

- Invoeren van de verbeterpunten volgens de gekozen strategieën.
- Volgen van het verbetertraject met behulp van monitoringonderzoek (naar proces, structuur, eerste uitkomsten).
- Tussentijdse feedback van de monitoring-resultaten naar de betrokkenen.

#### **Stap 5**

- Evaluatie van de uitvoering van het jaarplan.
- Keuze voor nieuwe prioriteiten – verbeterstappen voor het tweede jaar.

## **B Implementatie in het basisprogramma angststoornissen**

In dit basisprogramma wordt een eerste handreiking geboden bij het nadenken over de implementatie van zorgprogramma's en het opstellen van een implementatieplan.

Er is de laatste jaren veel literatuur verschenen over het implementeren van vernieuwingen in de zorg. De deskundigen op het gebied van implementatie zijn het er over eens dat effectieve implementatie een goede voorbereiding, planning en een systematische aanpak vereist. Grol en Wensing (22) hebben een model gecreëerd dat houvast kan geven bij een planmatig implementatieproces.

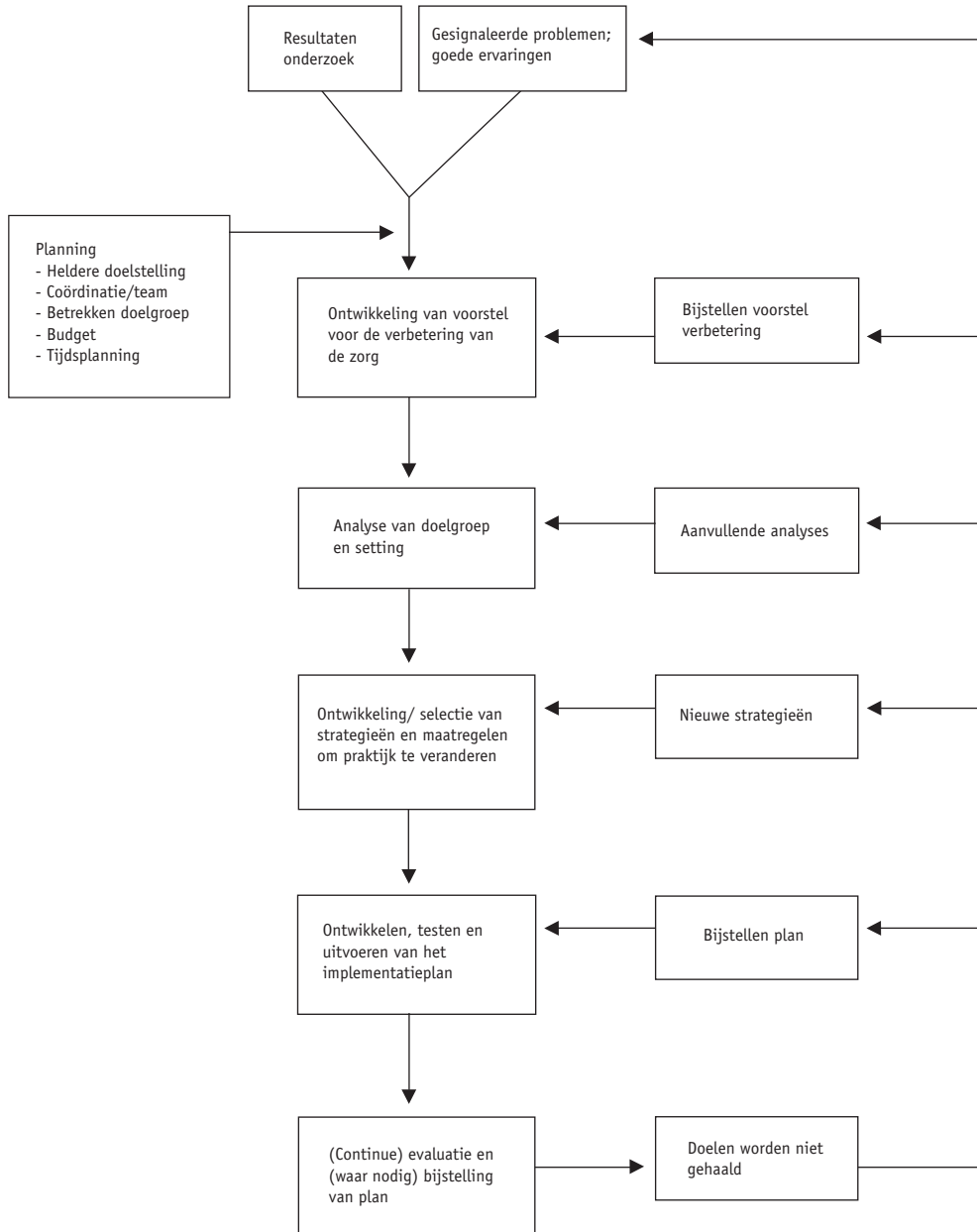
De hieronder volgende tekst is grotendeels ontleend aan het boek 'Implementatie. Effectieve veranderingen in de cliëntenzorg' (2001).

Uiteenlopende theorieën en benaderingen ten aanzien van effectieve implementatie zijn in dit model geïntegreerd. Het model bestaat uit de volgende stappen:

- 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering van de zorg, bijvoorbeeld een zorgprogramma.
- 2 Analyse van de doelgroep en de setting: welke knelpunten zijn er in de feitelijke zorg, welke belemmerende en bevorderende factoren spelen een rol in de verandering.
- 3 Selectie van strategieën om veranderingen in te voeren: strategieën voor zowel een effectieve verspreiding als een effectieve implementatie en behoud van verandering.

- 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan met activiteiten, taken en tijdsplan.
- 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan: continue monitoring aan de hand van indicatoren.

In schema zit het model er als volgt uit (Grol & Wensing 2001):



### ***Stap 1 Het ontwikkelen van een voorstel voor verbetering***

Het ontwikkelen en vaststellen van een concreet, haalbaar voorstel voor gewenste verandering in de praktijk is de eerste stap in het model. Zorgprogramma's moeten, net als andere innovaties, zorgvuldig ontwikkeld zijn, van goede kwaliteit zijn, aansluiten bij de behoeften van de doelgroep, toepasbaar en gemakkelijk toegankelijk zijn en een aantrekkelijke vormgeving hebben.

In verschillende onderzoeken en publicaties zijn in de loop van de tijd concrete kenmerken of eigenschappen van vernieuwingen benoemd die bevorderend of belemmerend zullen werken ten aanzien van toepassing in de praktijk. Als cruciale kenmerken van een succesvolle vernieuwing worden onder andere genoemd:

- deze levert meer voordelen op dan de bestaande werkwijze;
- er is voldoende draagvlak voor;
- ze is in overeenstemming met bestaande normen en waarden ten aanzien van goede zorg;
- ze is goed te begrijpen, de invoering wordt als haalbaar en niet al te moeilijk gezien;
- er kan mee geëxperimenteerd worden alvorens tot echte invoering wordt overgegaan;
- de doelen en de voordelen zijn concreet en operationaliseerbaar te maken.

### ***Stap 2 Analyse van de doelgroep en de setting***

De tweede stap in het model bestaat uit het analyseren van de context waarbinnen verandering van routines plaatsvindt, van kenmerken van de doelgroep, van bevorderende en belemmerende factoren en van aspecten van het handelen waarbinnen de afwijking van de voorgestelde verandering het grootst is.

Of een verandering succesvol is, hangt af van een groot aantal factoren. Het is belangrijk om deze factoren vooraf in kaart te brengen. Het gaat dan om met name de volgende factoren:

- de achtergronden van de implementatie (wie wil welke verandering om welke redenen);
- de huidige zorg: in hoeverre wordt afgeweken van de wenselijke werkwijze, door wie het meest en waar is verandering het meest nodig;
- segmenten binnen de doelgroep: in welke fase van verandering bevinden deze zich;
- de belemmerende en bevorderende factoren met betrekking tot de verandering.

Het implementeren van een verandering hoeft niet per se een grootschalige, instellingsbrede onderneming te zijn. Het kan ook in delen uitgevoerd worden. Door in de analyse te betrekken wat er in het huidige aanbod al aanwezig is en waar gaten vallen, kan de implementatie zich in eerste instantie richten op het vullen van de ontbrekende onderdelen.

### ***Stap 3 Selectie en ontwikkeling van strategieën om veranderingen in te voeren***

Afhankelijk van de uitkomsten uit de volgende stappen wordt een kosteneffectieve mix van maatregelen, methoden en strategieën ten behoeve van de implementatie ontwikkeld en eventueel getest samen met de doelgroep.

Verschillende strategieën zijn meestal nodig voor verschillende fasen in het implementeren:

- disseminatie: vergroten van de belangstelling voor en kennis van de innovatie, en bevorderen van een positieve houding en de bereidheid tot het aanpassen van de bestaande werkwijze;
- implementatie: bevorderen van de feitelijke toepassing en er voor zorgen dat de nieuwe werkwijze een vast onderdeel wordt van de dagelijkse routines.

Binnen het kader van dit basiszorgprogramma gaan we er van uit dat de gekozen strategie een verandering door middel van het ontwikkelen en invoeren van een zorgprogramma zal zijn.

### ***Stap 4 Ontwikkelen, testen en uitvoeren van het implementatieplan***

Bij het maken van een implementatieplan moet aandacht besteedt worden aan een effectieve disseminatie (om de aandacht en interesse te wekken en voldoende kennis van de verandering te garanderen), aan het bevorderen van de acceptatie (een positieve houding en de bereidheid om het handelen echt te veranderen)

én aan het bevorderen van de feitelijke toepassing en de integratie ervan in de normale werkwijzen en zorgprocessen.

- In de planning van de concrete implementatieactiviteiten (wanneer, waar en hoe gebeurt wat door wie?) kan aan de volgende punten gedacht worden.
- Begin met het implementeren van activiteiten met een overzichtelijke omvang.
- Beginnen op kleine schaal met een beperkte groep gemotiveerde personen, teams of instellingen. Het implementatieplan en de diverse interventies worden getest op hun geschiktheid en haalbaarheid en worden op basis van de ervaringen bijgesteld.
- Planning volgens de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde subgroepen te informeren en te interesseren, wat moet er worden gedaan om weerstanden weg te nemen en wat is nodig om een verandering in te bouwen in bestaande zorgprocessen?
- Betrekken van de doelgroep: het is niet alleen belangrijk om de doelgroep te betrekken bij de ontwikkeling van een vernieuwing of bij het analyseren van invoeringsproblemen. Ook bij het opstellen en testen van het implementatieplan kunnen vertegenwoordigers van de doelgroep een cruciale rol vervullen. Zij weten het best wat mogelijk is en kunnen creatief meedenken over geschikte interventies.
- Planning van de activiteiten in de tijd: een concreet tijdsplan wordt uitgezet en een logische volgorde aangebracht in de verschillende activiteiten.
- Verdeling van taken, procedures en verantwoordelijkheden: er wordt vastgelegd wie wat doet en wie waar controle op zal uitoefenen.
- Het implementatieplan wordt ingebouwd in bestaande structuren en kanalen voor contact met of scholing van de doelgroep.
- Concrete korte- en lange termijn doelen ten aanzien van het plan worden bepaald; deze zijn richtinggevend in een continue evaluatie.
- Structuren, middelen en personeel: afhankelijk van de vraag of het gaat om een kleinschalig, afdelings- of praktijkgebonden implementatieproject dan wel een grootschalig implementatieprogramma zal men op zoek gaan naar voldoende budget en voldoende expertise.
- De organisatiecultuur in de setting waarin invoering moet plaatsvinden kan aandacht behoeven. Een duidelijk leiderschap, een goede samenwerking tussen professionals en een cultuur waarin continu leren en verbeteren van de zorg centraal staat, zijn vaak voorwaarden voor het realiseren van de verandering.

#### ***Stap 5 Evaluatie en (eventueel) bijstelling van het plan***

Een laatste stap in de implementatie van innovaties in de zorg is de evaluatie van de bereikte resultaten: zijn de beoogde doelen gehaald? Dit is een cruciale stap die vaak onvoldoende aandacht krijgt. Men heeft de uitkomsten van een dergelijke evaluatie nodig om vast te stellen of de geïnvesteerde energie tot resultaat heeft geleid en om, als dat niet het geval is, te bezien hoe meer succes geboekt kan worden.

De evaluatie kan consequenties hebben voor (zie het schema):

- aanpassen van het voorstel voor verandering, bijvoorbeeld het bijstellen van de doelen als blijkt dat die onrealistisch zijn;
- aanvullende analyses ten aanzien van belemmerende en bevorderende factoren; strategieën en maatregelen om tot verandering te komen, potentieel meer effectieve strategieën kunnen worden ontwikkeld;
- planning en uitvoering van de implementatie, de wijze waarop de invoering of het proces van verandering is georganiseerd wordt bijgesteld.

Evaluatie is geen eindstap in een implementatieproject. Er moet continu vastgesteld worden of men op het goede spoor zit en op basis van de bevindingen wordt de aanpak bijgesteld.

Door het continue terugrapporteren van tussentijdse evaluaties aan de betrokkenen ontstaat de mogelijkheid de aanpak nog tijdens de uitvoering aan te passen.

Het is van belang om te weten of de tevoren geformuleerde doelen worden bereikt in het project of programma.

- Korte termijndoelen: zijn de voorwaarden voor invoering gerealiseerd en is de doelgroep op de hoogte en accepteert die de verandering?
- Intermediaire doelen: past men de nieuwe werkwijze toe?
- Lange termijndoelen: wat is het effect in termen van gezondheidswinst, groter welbevinden en tevredenheid van cliënten of kostenreductie?

Om te weten of de doelen worden bereikt, moet men deze allereerst meetbaar maken. Hiertoe dienen 'indicatoren' en criteria voor het behalen van de doelen te worden geformuleerd en geselecteerd.

Een tweede vraag is hoe men de evaluatie van de 'effecten' het best kan opzetten en welke methoden en instrumenten daarbij nuttig kunnen zijn. Om te kunnen interpreteren waarom de doelen juist wel of juist niet zijn bereikt, is het van belang in een 'procesevaluatie' na te gaan of het implementatieplan is uitgevoerd zoals beoogd en welke factoren van invloed waren op slagen of falen.

Ten slotte kan men aandacht besteden aan de kosten van of de benodigde investeringen in effectieve verandering van de zorgprocessen.

### **C Implementatie van zorgprogramma's**

In veel regio's in Nederland is men actief op het terrein van zorgprogrammering. In een beperkter aantal regio's is al ervaring opgedaan met het invoeren van zorgprogramma's. Het is bekend dat de implementatie ervan niet zonder problemen is verlopen.

In 2002 is het onderzoeksrapport 'Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ verschenen' (57). In dit onderzoek is een eerste inventarisatie en analyse gemaakt van de ervaringen in een tiental regio's met de invoering van zorgprogramma's in de GGZ. Dergelijke ervaringen zijn belangrijk voor andere regio's die bezig zijn met het ontwikkelen van zorgprogramma's of aan de start van de implementatie fase staan.

#### **Invoeringstrajecten**

Niet alle regio's geven op dezelfde manier vorm aan het implementatietraject. Het is belangrijk om hier vooraf een goed onderbouwde keuze in te maken en het niet te laten afhangen van bijvoorbeeld obstakels waar tijdens het proces tegenaan gelopen wordt. Hieronder staan voorbeelden van trajecten die in de regio's doorlopen zijn:

- Starten met een wijziging van de structuur van de GGZ (bv. door het instellen van programmeerteams) om van daaruit de programma's te schrijven en vorm te geven.
- Starten met het schrijven van de programma's en vervolgens op basis daarvan de structuur van de organisatie aanpassen aan de indeling in programma's c.q. doelgroepen.
- De beschrijving van de programma's kan ook gebruikt worden als inhoudelijk leidraad bij het vormgeven van het hulpaanbod, zonder de organisatiestructuur ingrijpend te wijzigen.
- Er kan gekozen worden om te beginnen met de implementatie van één zorgprogramma, bijvoorbeeld het voordeurprogramma.
- Er kan ook gekozen worden voor implementatie van programma's over de volle breedte van de volwassenenzorg (voordeur en alle noodzakelijke achterliggende programma's).

Een belangrijke opmerking hierbij is dat het implementeren van een zorgprogramma zelden betekent dat er een volledig nieuw aanbod wordt geïntroduceerd. Over het algemeen zijn er al vele onderdelen in een regio aanwezig, en gaat het veel meer om een keuze uit vele opties, bijvoorbeeld de introductie van nieuwe protocollen, interventies en organisatievormen.

## **Knelpunten**

De belangrijkste knelpunten die genoemd werden bij het invoeren van de zorgprogramma's zijn:

- Weerstand bij medewerkers
- Gebrek aan ondersteuning (inhoudelijk, beleidsmatig, middelen)
- Gebrek aan relevante managementinformatie
- Te snelle invoering van nieuwe organisatiestructuren
- Te hoge werkdruk van medewerkers
- Het ontbreken van goede randvoorwaarden
- Het feit dat de productienormen in een aantal gevallen niet meer gehaald werden.

Als oplossingen voor deze problemen (dus als bevorderende factoren) werden onder andere genoemd:

- Het (alsnog) maken van een implementatieplan
- Monitoring van de voortgang van het implementatieproces
- Bijscholing/deskundigheidsbevordering op het vlak van de inhoud van programma's, als een concrete manier om vorm te geven aan de vernieuwing van de zorg
- Het vrijmaken van middelen en menskracht voor het vormgeven en ondersteunen van het invoeringsproces
- Het terugdraaien van niet-werkbare organisatieveranderingen
- Versterking van de begeleiding/coaching van het middenmanagement.

In het onderzoeksrapport wordt een aantal aanbevelingen gedaan die betrekking hebben op:

- Het proces van implementatie,
- De noodzakelijke ondersteuning,
- De betrokkenheid van medewerkers erbij,
- De betrokkenheid van cliënten en verwijzers
- En de noodzakelijke randvoorwaarden.

### ***Het invoeringsproces moet zoveel mogelijk procesmatig en gefaseerd worden voorbereid en uitgevoerd.***

Op basis van een sterke / zwakte analyse dient vooraf een invoeringsplan opgesteld te worden. De doelen in de verschillende fasen van invoering moeten duidelijk en meetbaar beschreven worden. Dit schept de mogelijkheid om de invoering gepaard te laten gaan met begeleidend onderzoek naar de voortgang. In de praktijk kan het best van een projectstructuur gebruik gemaakt worden om de zorgprogramma's in te voeren.

### ***Bij het proces van implementatie moet veel aandacht worden gegeven aan de winst van het werken met zorgprogramma's***

De meerwaarde moet helder omschreven en meetbaar gemaakt zijn. Op basis van monitoring van het proces kan aandacht gegeven worden aan de uitkomsten. Communicatie hierover is van belang om het draagvlak verder te kunnen verbreden.

### ***Een goede ondersteuning is een noodzakelijke vereiste voor een geslaagd invoeringstraject.***

In de eerste plaats gaat het hier om het plannen en vrijmaken van voldoende mensen, middelen en tijd om de extra werkzaamheden voor de invoering uit te kunnen voeren. Daarnaast bestaat goede ondersteuning uit training van het (midden)management en actieve ondersteuning vanuit de top van de organisatie.

### ***Medewerkers dienen vanaf het begin goed bij het invoeringstraject betrokken te worden.***

Dit houdt in: communicatie over de geplande veranderingen en het openstellen voor ideeën van betrokken medewerkers. Op deze wijze kan weerstand worden geminimaliseerd en draagvlak gecreëerd voor de geplande veranderingen. Bovendien kan de kwaliteit van de zorgprogrammering worden vergroot door de ideeën van de betrokken medewerkers hierbij te betrekken.

***Betrekken van cliënten en andere hulpverleners***

Vroegtijdig dient met hen gecommuniceerd te worden over de geplande veranderingen zodat wensen en verwachtingen een rol kunnen spelen bij de invoering. Daarnaast gaat het om aandacht geven, bijvoorbeeld door het opstellen van brochures over de programma's.

***Vroegtijdig moet ook aandacht gegeven worden aan de voor de invoering noodzakelijke randvoorwaarden***

Dit komt uitvoerig aan bod in het hoofdstuk randvoorwaarden van dit basiszorgprogramma.

# Hoofdstuk 10 Literatuurverwijzingen

## Literatuurverwijzingen

### Relevante websites

### Zorgprogramma's/procollen

### Literatuur

## Trimbos website

Op de website van het Trimbos-instituut, <http://www.trimbos.nl>, zijn onder 'informatie voor professionals' de hoofdstukken over angststoornissen uit de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid te vinden. Ook zijn er links naar:

- cliënten- en familie-organisaties,
- databanken,
- geestelijke gezondheid,
- geestelijke gezondheidszorg,
- internationale organisaties,
- kenniscentra,
- middelen en verslaving,
- nationale organisaties,
- onderzoeksinstituten,
- verslavingszorg en
- wet en -regelgeving.

## Andere relevante websites:

Angst, dwang en fobiestichting	<a href="http://www.gerlinx.nl/adf_stichting.nl/index.htm">http://www.gerlinx.nl/adf_stichting.nl/index.htm</a>
Nationaal Kompas Volksgezondheid	<a href="http://www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm">http://www.rivm.nl/vtv/data/site_kompas/index.htm</a>
Nederlands Huisartsen Genootschap	<a href="http://nhg.artsennet.nl/">http://nhg.artsennet.nl/</a>
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie	<a href="http://www.npcf.nl/">http://www.npcf.nl/</a>
GGZ Richtlijnen	<a href="http://www.ggzrichtlijnen.nl/">http://www.ggzrichtlijnen.nl/</a>
GGZ Zorgprogrammering	<a href="http://www.ggzkennisnet.nl/">http://www.ggzkennisnet.nl/</a>
Startpagina Fobieën	<a href="http://fobie.pagina.nl/">http://fobie.pagina.nl/</a>
GAS zelftest	<a href="http://piekertest.nl">http://piekertest.nl</a>
Preventie	<a href="http://www.lsp-preventie.nl/">http://www.lsp-preventie.nl/</a>
Internationale links	<a href="http://www.psychiatrienet.nl">http://www.psychiatrienet.nl</a>

## Zorgprogramma's/protocollen

Zorgprogramma voor mensen met angststoornissen. Vugts EJ, Zeldenrust W. Arnhem: De GelderseRoos/Team C, 2002. Arnhem, Gelderse Roos.

Regionaal zorgprogramma angststoornissen. Werkgroep angststoornissen MWU. Utrecht: Project Programma Ontwikkeling, 2002.

Zorgprogramma angststoornissen Maastricht: Regio Maastricht, Heuvelland en de Westelijke Mijnstreek, 2004. GGZ voor volwassenaen. Zorgprogramma Angststoornissen. Den Haag: Parnassia, 2002.

## Literatuur

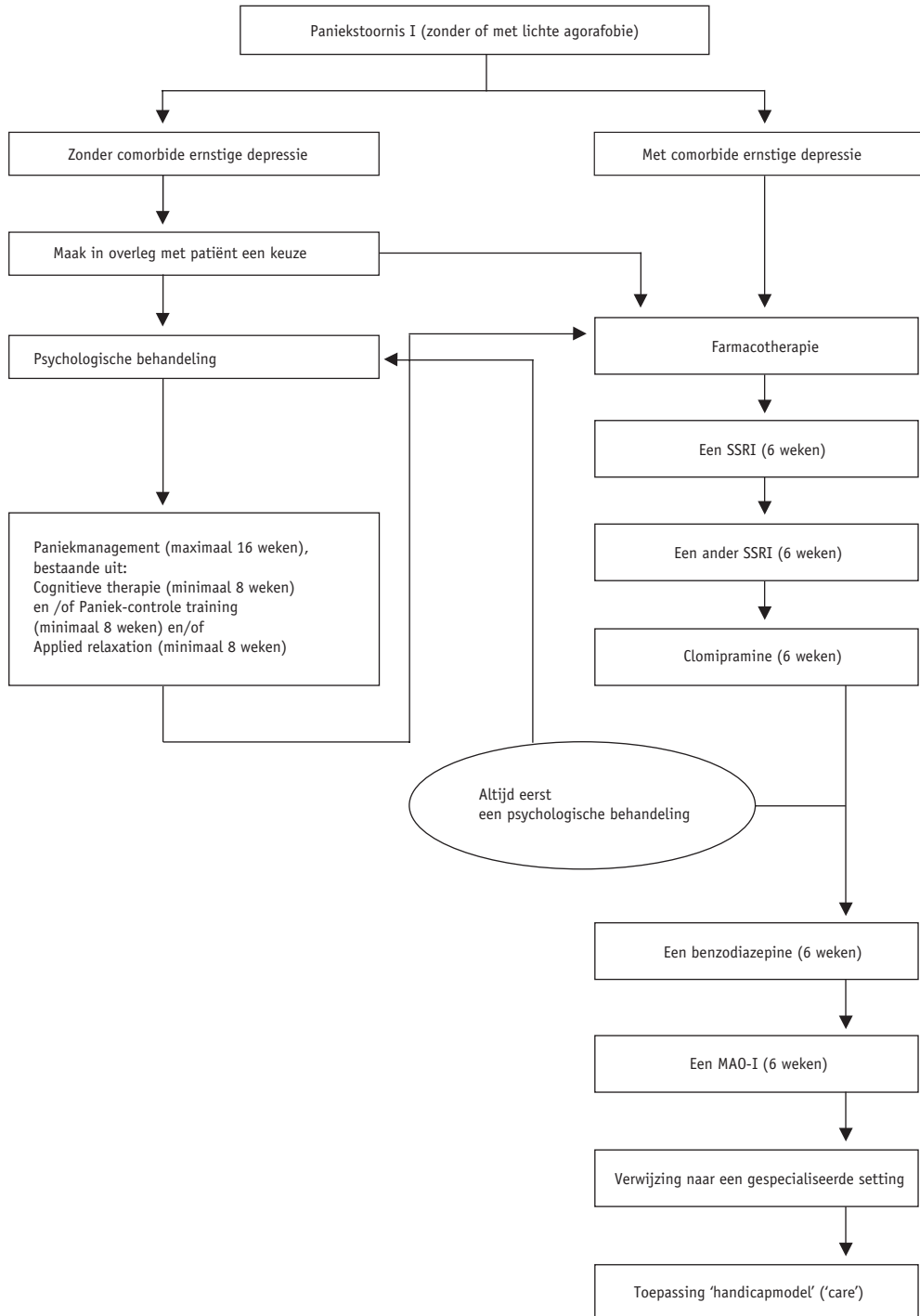
- (1) GGZ voor volwassenen. Zorgprogramma Angststoornissen. 2004. Den Haag, Parnassia.
- (2) Zorgprogramma angststoornissen. 2004. Maastricht, Regio Maastricht, Heuvelland en de Westelijke Mijnstreek.
- (3) Akkermans M, Akkermans R, Hoevenaars A. Angst de baas 55+. Cursistenmap. Delft: GGZ Delftland, afd. preventie, 2003.
- (4) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM IV). fourth edition ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- (5) Balkom AJLM, Oppen P van, Dyck R van. Behandelingsstrategieën bij angststoornissen. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghem, 2001.
- (6) Barsky AJ, Wool C, Barnett MC, Cleary PD. Histories of childhood trauma in adult hypochondriacal patients. *Am J of Psychiatry* 1994; 151:397-401.
- (7) Beurs E de, Kieboom P van den, Noort P van, Onstein EJ, Vliet IM van. Zorgprogramma angststoornissen. Rijngeestgroep, editor. 2001. Leiden.
- (8) Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141:2453-2460.
- (9) Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische comorbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *TSG* 1998; 76(8):446-457.
- (10) Boeijen CA van, Oosterbaan DB, Balkom AJLM, Meij TGJ de, Dyck R van. Hypochondrie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142(33):1849-1851.
- (11) Boer N de. Programma's in de GGZ. Handreiking voor zorgprogrammering. 2001-123L. 2001. Utrecht, GGZ Nederland.
- (12) Bohlmeijer E, Cuijpers P. Tweede gids preventie psychische stoornissen en verslavingen. AF0388. 2001. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (13) Bokkem S van, Velde V van. De Toegang Open. Vooronderzoek naar de organisatie van de indicatiestelling in de tweedelijns GGZ. 2002. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (14) Bool M, Smit F, Bohlmeijer E, Sambeek D van. Kinderen van ouders met psychische problemen. Factsheet 2 preventie. 2001. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (15) Bouman TK, Visser S. Hypochondrie: de angst voor ernstige ziekten. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 1998.  
Ref ID: 88
- (16) Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS). GZ programma's dat doe je zo. Voorbeelden van GGZ programma's in COPS-regio's. 1997. Utrecht, Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS)/ GGZ Nederland.
- (17) Driedonks G, Hardeveld R van. Invoering van zorgprogramma's in RPC Zeist. *MGV* 2004; 58:559-573.
- (18) Eaton WW, Badawi M, elton B. Prodromes and precursors: Epidemiological data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry* 1995;(152):967-972.
- (19) Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J of Psychiatry* 1994; 151:640-649.
- (20) Franx G, Zeldenrust W. Cliënten en hun omgeving over GGZ-programma's. 2002. Utrecht, GGZ Nederland.
- (21) Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollenbergh WAM, Spijker J. Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety and Substance Use Disorders: Findings From the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159(4):620-629.
- (22) Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg., 2003.
- (23) Have M ten, Vollenberg W, Bijl RV, Graaf R de. Predictors of incident case service utilization for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiologie* 2001; 36:141-149.
- (24) Helsdingen Y. 'Angst de baas'. Effectmeting van een preventieve cursus voor ouderen vanaf 55 jaar met lichte angstklachten (doctoraalscriptie). Katholieke Universiteit Nijmegen, 2004.

- (25) Hendriks GJ. Een veilige plek voor angst. Evidence based behandeling voor angststoornissen. Zeist: Wetenschappelijke Uitgeverij Cure &Care Publishers, 1999.
- (26) Janssen M, Geelen K. Gedeelde smart, dubbele vreugd. Lotgenotencontact in de psychiatrie. Utrecht: NCGV, 1996.
- (27) Jongdijk R, Teeuwen P. Behandelprotocol en preventiemodules. Depressieve stoornis en Paniekstoornis met/zonder agorafobie. 1998. Delft Westland Oostland, Regionaal Samenwerkingsverband GGZ, Delft Westland Oostland.
- (28) Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J of Psychiatry* 1993;(150):734-741.
- (29) König-Zahn C, Furer JW, Tax B, Berg JFM van den, Rijnders CATH, Rijswijk E van et al. Regioproject Nijmegen 2: Psychiatrische morbiditeit in de regio. Nijmegen. 1999. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, Afdeling Sociale Geneeskunde, Afdeling Psychiatrie, Afdeling Huisartsgeneeskunde.
- (30) Landelijke Werkgroep Preventie van Angststoornissen. Inventarisatie van aanbod met doel hanteren of verminderen van angstklachten en -stoornissen. 2004. Utrecht, LSP.
- (31) Lange J de, Meertens R SC. Zorgprogramma Korsakovsyndroom. Een zorgprogramma voor thuiswonende mensen met een Korsakovsyndroom en hun mantelzorgers. Trimbos-reeks 2001-6. 2001. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (32) Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, Schellevis, FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsen praktijk. 2004. Utrecht/Bilthoven, NIVEL/RIVM.
- (33) Magee WJ. Effects of negatieve life experiences on phobia onset. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiologie* 1999;(34):343-351.
- (34) Meeuwissen J, Kroon H, Eland A. Een basiszorgprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose. 2000-14. 2001. Utrecht, Trimbos-instituut. Trimbosreeks.
- (35) Meeuwissen J, Rest E van. Kwaliteitscriteria voor GGZ-programma's. 2001. Utrecht, GGZ Nederland.
- (36) Meeuwissen J, Weeghel J van. Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie. 2003. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (37) Meeuwissen J, Weeghel J van. Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie - Eindrapportage. 2003. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (38) Meulenbroek P. Geen paniek. Leren omgaan met panieklachten. Cursusmap. Doetinchem: P&D GGNet, 2003.
- (39) Minnen A van, Verbraak MJPM. Psychologische interventies bij posttraumatische stress-stoornis. Nijmegen: Wetenschappelijke uitgeverij CURE & CARE publishers, 2002.
- (40) Mos MC, Weeghel J van. Zorg in de samenleving. Een basiszorgprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. 99-2. 1999. Utrecht, Trimbos-instituut. Trimbos-reeks.
- (41) Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde. Handelen van de bedrijfsarts bij werknemers met psychische klachten. Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, 2000.
- (42) Ooyen M van. GGZ-programma's: wat valt er te doen? 2001-161L. 2001. Utrecht, GGZ Nederland.
- (43) Ormel J, Von Korff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disabilities across cultures: Results from WHO-collaborative study on psychopathologic conditions in primary care. *JAMA* 1994;(272):1741-1748.
- (44) Ravelli A, Bijl RV, Zessen G van. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40(9):531-544.
- (45) RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2002.
- (46) Rogers E. Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. *Jt Comm J Qual Improv* 1995; 21:324-328.
- (47) Ruyter DJ de. Schrijven van modules en zorgprogramma's in de jeugdzorg. Handleiding. E226393. 2000. Utrecht, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn.
- (48) Salari M. Geestelijke gezondheidszorg in multifunctionele eenheden. 1997. Utrecht, Coördinatiepunt Ondersteuning Programmatische Samenwerking (COPS)/GGZ Nederland.

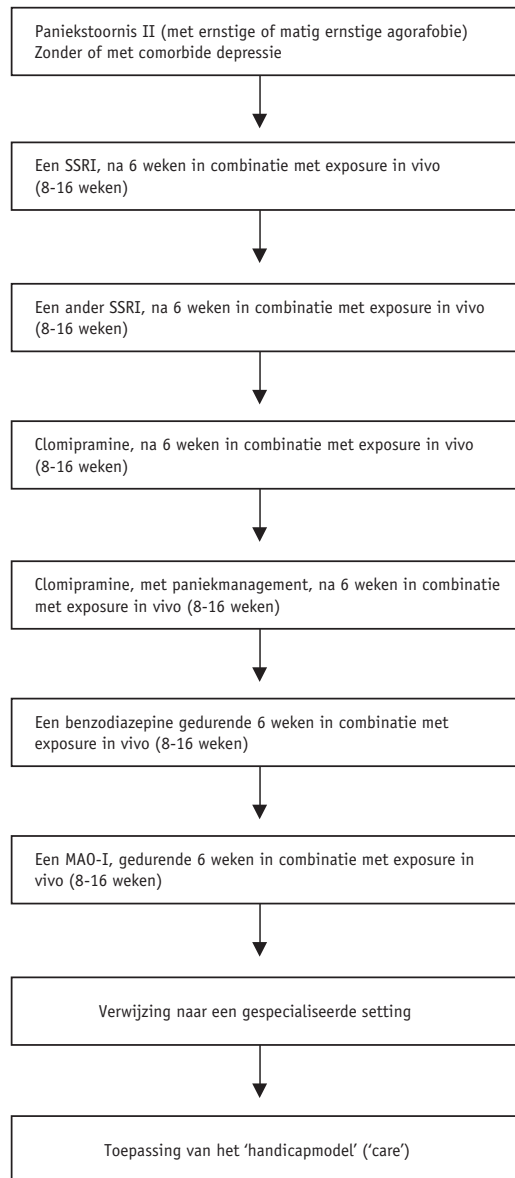
- (49) Salari MAT, Plaisir AJ. Zorgprogramma's voor de ouderenzorg. Utrecht: GGZ Nederland, 2000.
- (50) Schoemaker C, Ruiter C de. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarboek 2003. Utrecht: Bureau NMG, 2003.
- (51) Schoemaker CG, Rigter HGM, Graaf R de, Cuijpers P. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Jaarbericht 2002. Utrecht: Bureau NMG, 2002.  
Ref ID: 82
- (52) Schroevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, Tilburg W van. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;(18):994-1001.
- (53) Smit F, Bohlmeijer E, Cuijpers P. Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (54) Terluin B, Heest van FB, Meer van der K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ et al. NHG-Standaard Angststoornissen (eerste herziening). *Huisarts & Wetenschap* 2004; 47(1):26-37.
- (55) Veen C van der, Wieman A, Eland A, Linde M van der, Franx GC. Het perspectief van cliënten op de hulpverlening bij angststoornissen. Een inventarisatie van ervaringskennis ten behoeve van de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. 2002. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (56) Verburg H, Leenders G. Preventie in programma's. Een programmatische beschrijving van de GGZ-preventiepraktijk rond een aantal belangrijke thema's. Utrecht: GGZ Nederland/Trimbos-instituut, 1999.
- (57) Verburg H, Vliet Christian van der. Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ. Verslag van een inventariserend onderzoek in 10 regio's. 2002-169L. 2002. Utrecht, GGZ Nederland.
- (58) Verhaak PFM. *Mental Disorders in the community and in general practice. Doctors' views and patients' demands.* Avebury: Aldenshot, 1995.
- (59) Vollenbergh W, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker C, Dorselaer S van, Spijker J et al. Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van Nemesi. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (60) Voordouw I, Bohlmeijer E, Blekman J, Bohl M, Graaf I de, Smit F et al. Samenwerking praktijk, onderzoek en beleid in de GGZ preventie. Stand van zaken basisprogramma's 2003 - planning 2004. 2004. Utrecht, Trimbos-instituut/LSP.
- (61) Vugts EJ, Zeldenrust W, Team C. Zorgprogramma voor mensen met angststoornissen. 2002. Arnhem, Gelderse Roos.
- (62) Wamel A van, Verburg H, Takkenkamp J, Meeuwissen J, Voordouw I. Landelijk Basisprogramma Depressie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- (63) Werkgroep angststoornissen. Regionaal zorgprogramma angststoornissen. 2002. Utrecht, Project Programma Ontwikkeling.
- (64) Werkgroep angststoornissen. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.
- (65) Willemse G, Smit F, Meulenbroek P, Herzmanatus J, Zanden R van der. Evaluatie van de preventieve cursus 'Geen paniek'. Resultaten van een pilotstudie. 2004. Utrecht, Trimbos-instituut.
- (66) Zantinge EM, Verhaak PFM. GGZ-consultaties aan de eerstelijnszorg (Registratie 2000-2003). 2004. Utrecht, NIVEL.

## Bijlage 1 Beslisbomen Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen

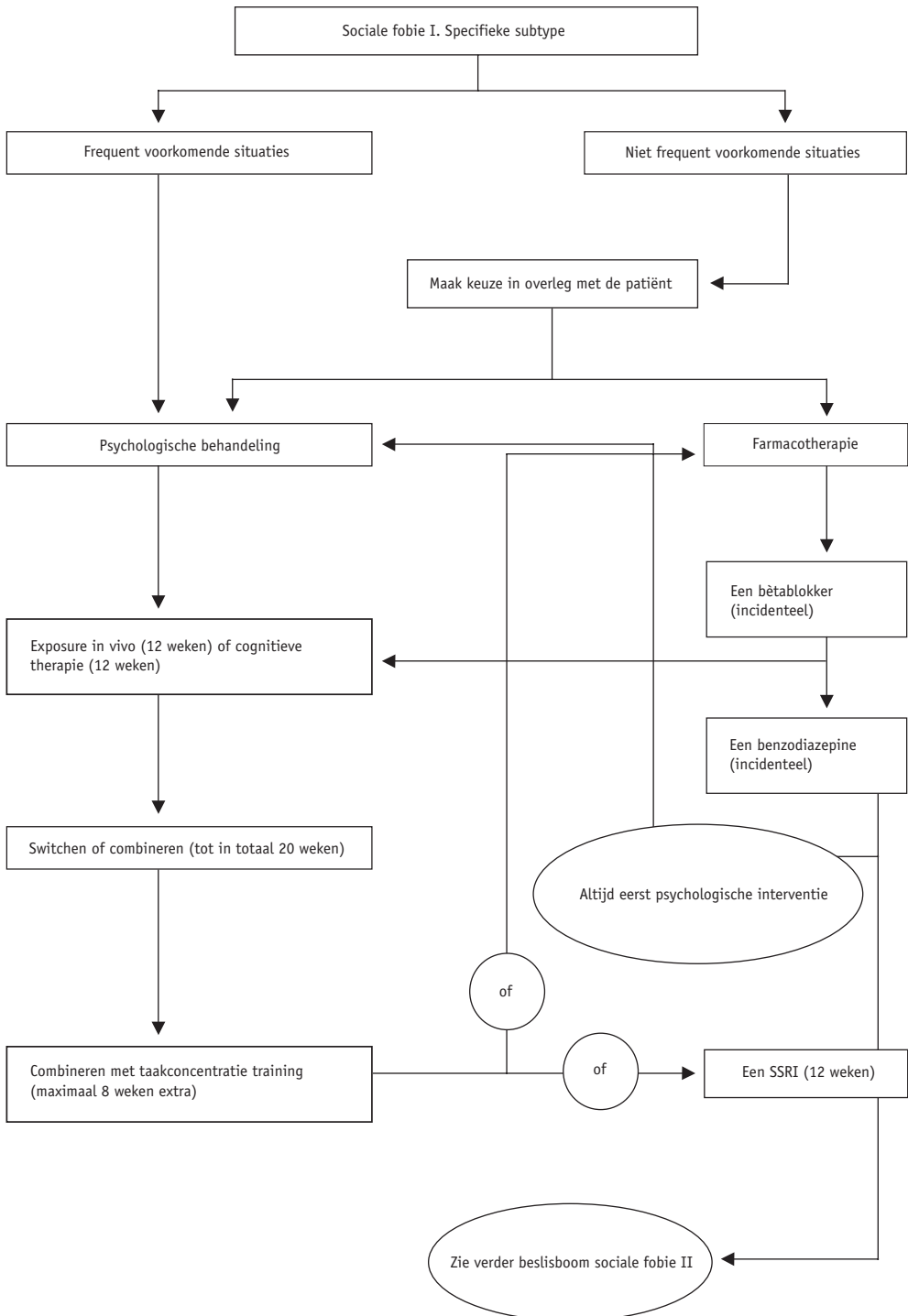
Beslisboom behandeling paniekstoornis I: zonder of met lichte agorafobie



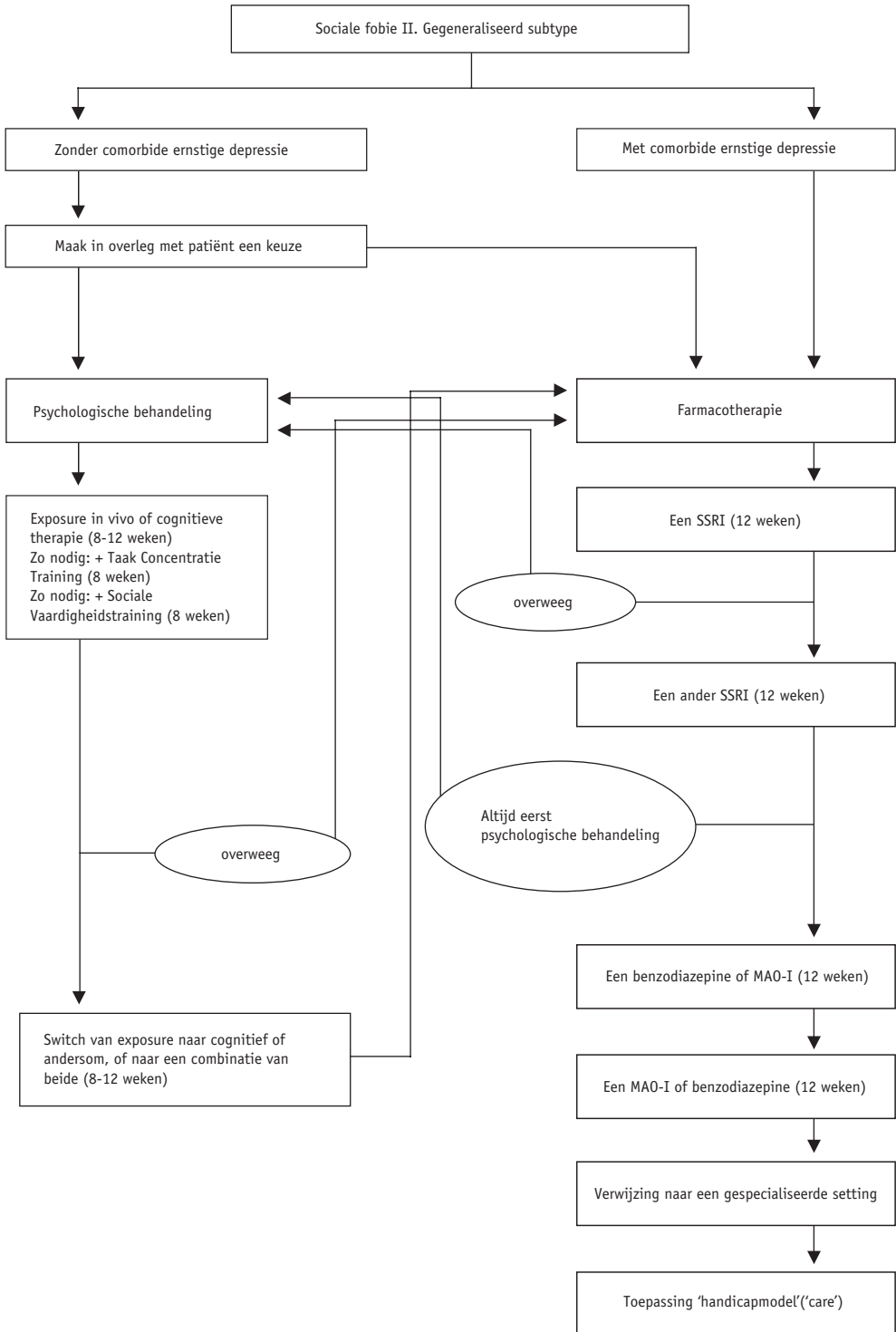
## Beslisboom paniekstoornis II: met ernstige of matig ernstige agorafobie



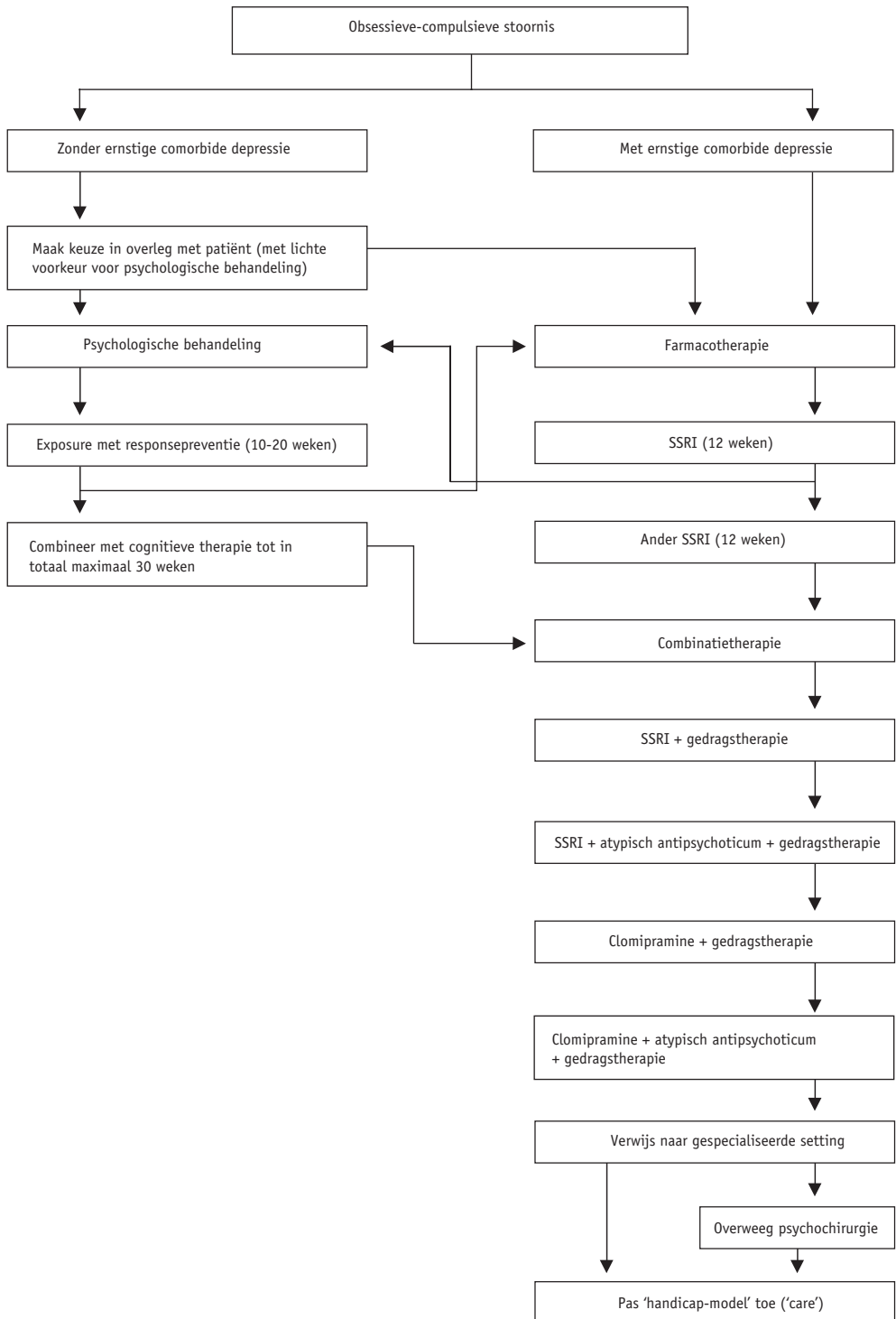
Beslisboom sociale fobie I: specifieke subtype



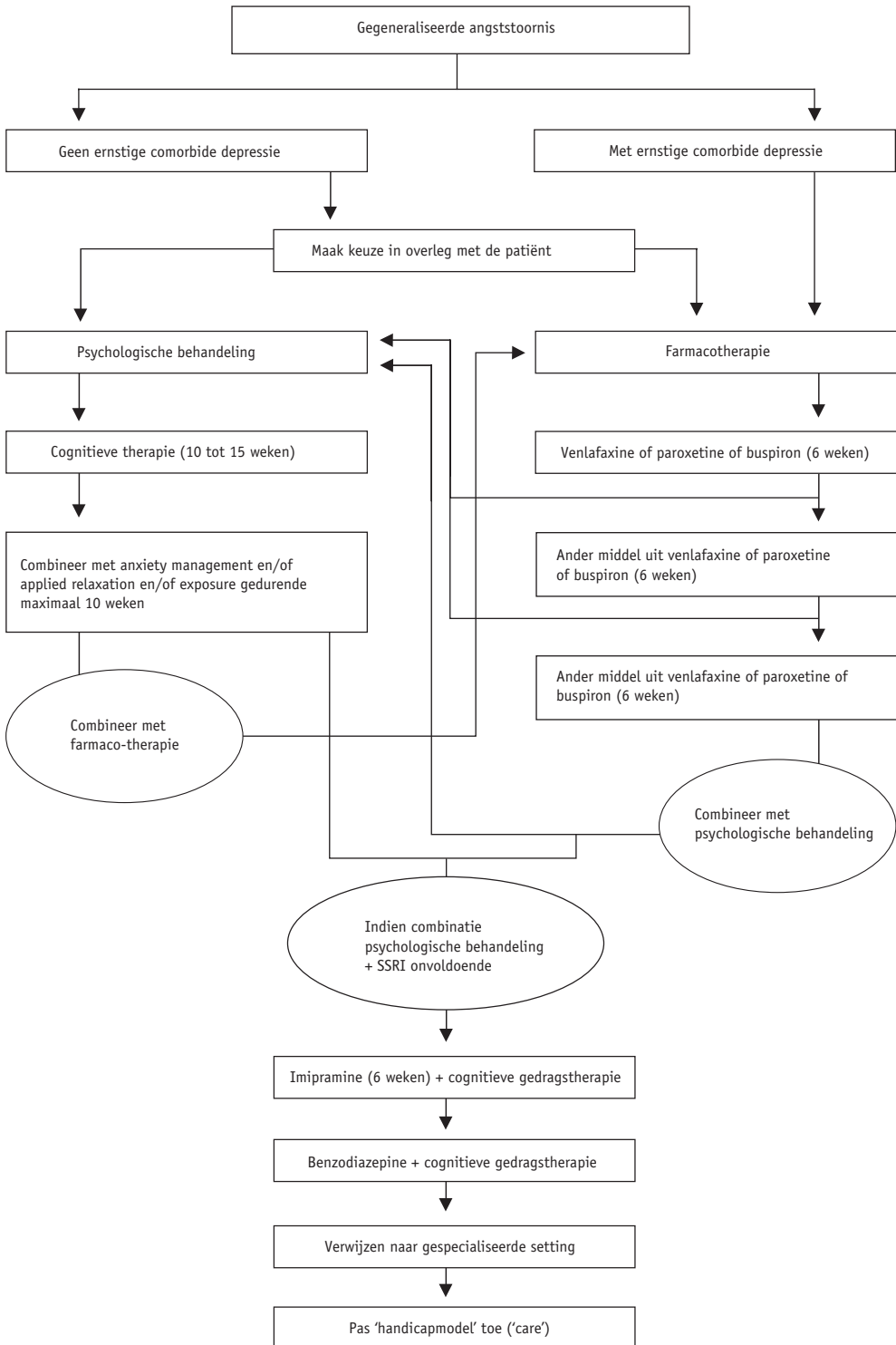
Beslisboom sociale fobie II: gegeneraliseerd subtype



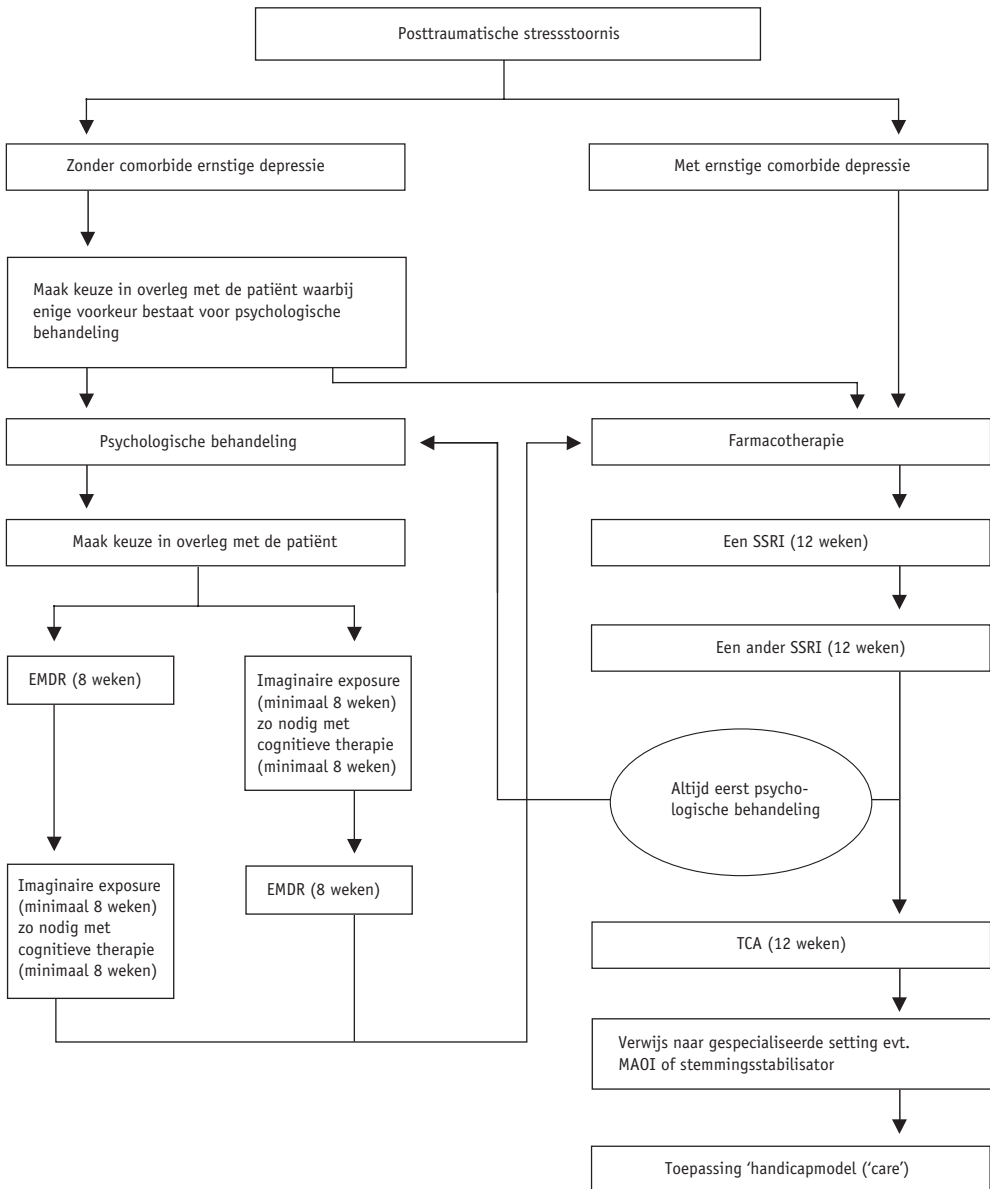
Beslisboom obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)



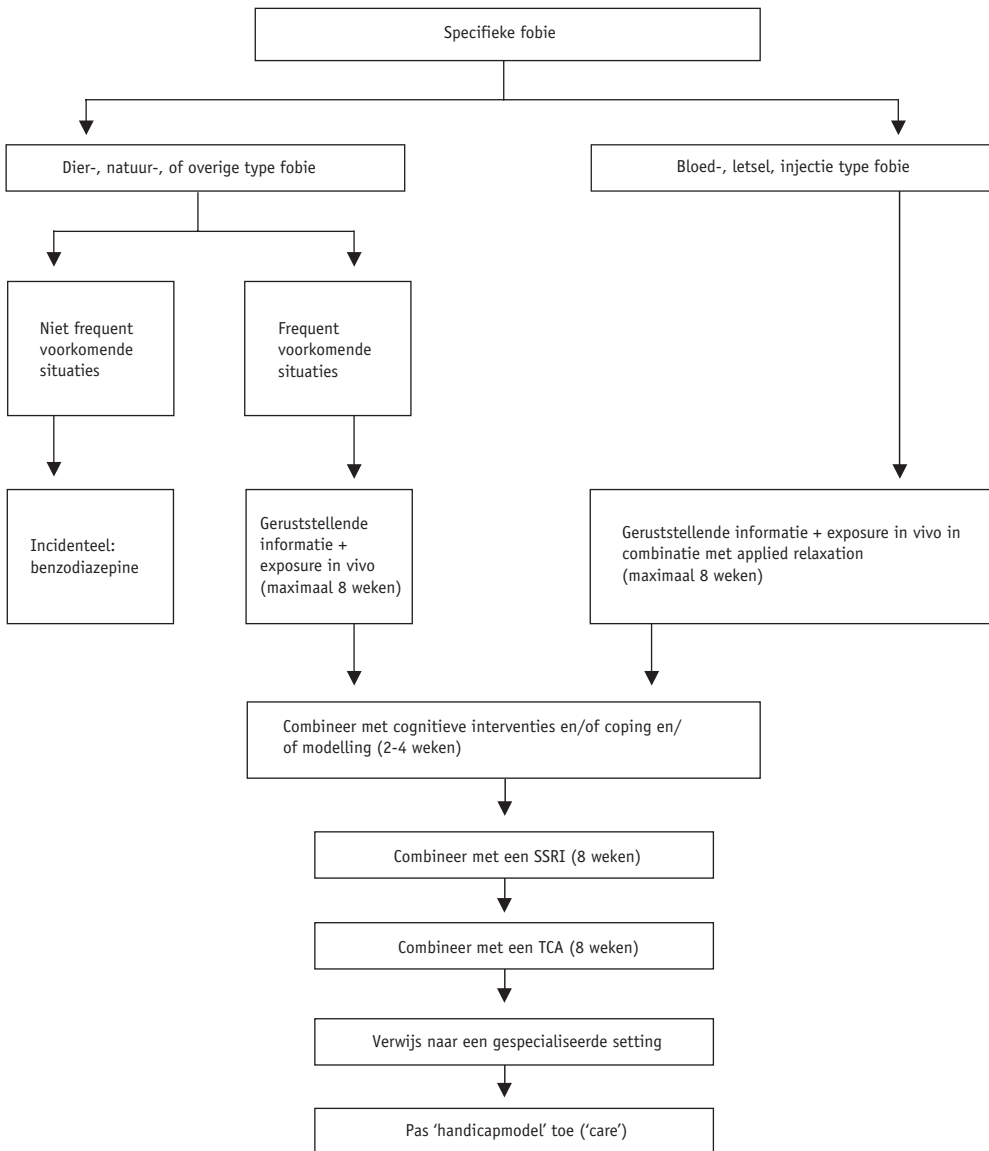
Beslisboom gegeneraliseerde angststoornis (GAS)



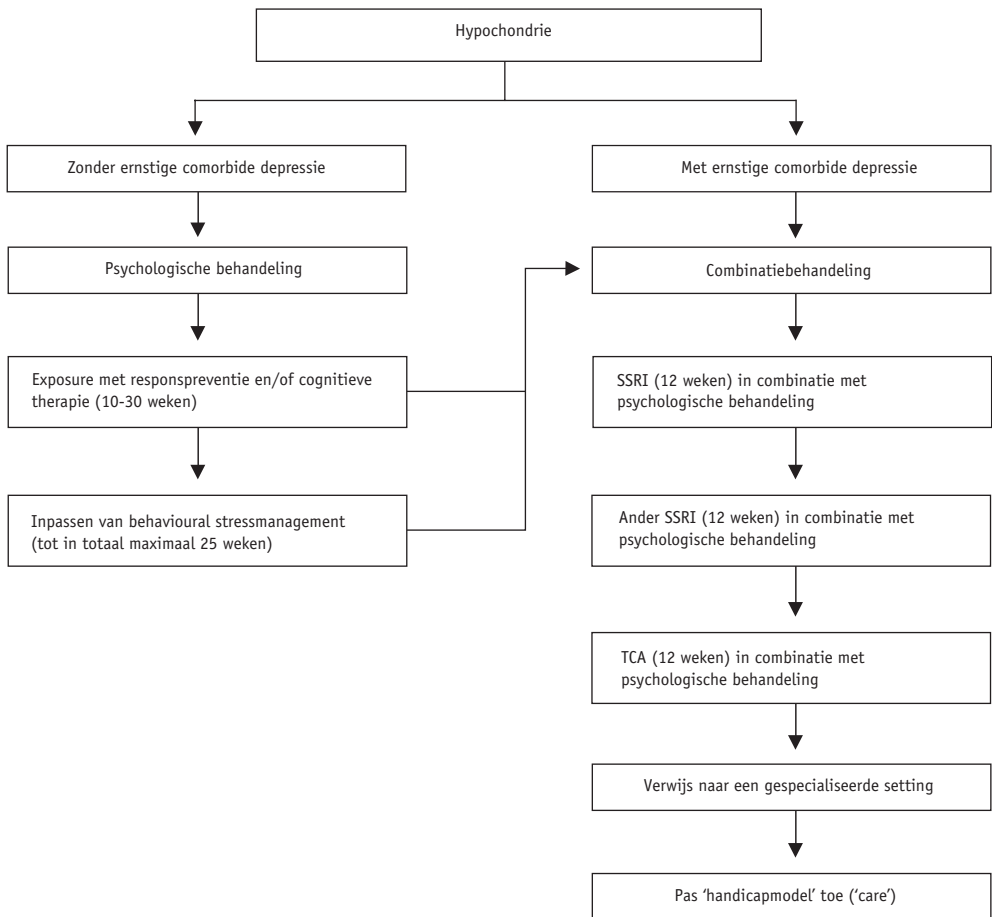
## Beslisboom posttraumatische stressstoornis



## Beslisboom specifieke fobie



## Beslisboom hypochondrie





Er is in het veld grote behoefte aan betrouwbare, gebundelde informatie over de hulpverlening aan de belangrijkste doelgroepen in de GGZ, op basis waarvan regionale afspraken gemaakt kunnen worden over een samenhangend hulpaanbod. Dit basisprogramma angststoornissen voorziet in deze behoefte. Het bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma voor angststoornissen op te stellen.

Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep. Het beschrijft welk hulpaanbod in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden, de betreffende doelgroep, de hulpvraag van de doelgroep, de professionele analyse van die hulpvraag, de co-morbiditeit, het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis en de noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma gericht op de betreffende doelgroep.

Een basisprogramma is voor instellingen een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma. In een basisprogramma wordt de inhoudelijke kern van een zorgprogramma weergegeven, op basis van de meeste recente wetenschappelijke kennis en evidence.

Uniek is hier dat het gaat om een breed basisprogramma, waarin het preventieve hulpaanbod, de hulpverlening in de eerste lijn en de hulpverlening in de gespecialiseerde GGZ is meegenomen. Dit sluit aan bij de tendens in de regionale praktijk om in het kader van de zorgprogrammering over de grenzen van de gespecialiseerde GGZ te kijken.