

Waarom de zorg verbeteren voor cliënten met een Angststoornis?

Angststoornissen komen frequent voor. Per jaar lijdt naar schatting één op de acht mensen (12,5%) aan één van de zeven verschillende angststoornissen. Dat zijn ongeveer 1,7 miljoen mensen in heel Nederland (Meijer et al., 2006). Jaarlijks ontwikkelt 3,1% van de volwassen bevolking tussen 18 en 65 jaar voor het eerst een angststoornis; 4,6% van de vrouwen en 1,6% van de mannen. Vrijwel alle angststoornissen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Met name de specifieke fobieën (angst voor een specifiek voorwerp of een specifieke situatie met vermijdingsgedrag) komen vaak voor (ongeveer 1,2 miljoen personen). Angststoornissen komen het meest voor in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar. In deze leeftijdperiode ontstaan ook de meeste angststoornissen. Angststoornissen kunnen zich echter ook eerder of later ontwikkelen (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1701n17538.html).

Uit een langlopende huisartsenregistratie blijkt dat het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten en het aantal bekende patiënten met een angststoornis in de periode 1990-2004 sterk is gestegen, vooral onder vrouwen. Waarschijnlijk heeft dit te maken met een betere herkenning van angststoornissen door de huisarts. Ook speelt mee dat mensen dankzij publieksvoorlichting eerder professionele hulp zoeken. Ondanks deze verbeteringen wordt het grootste deel van de angststoornissen nog altijd niet herkend en behandeld. (http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1701n17538.html).

In 2003 bedroegen de kosten van zorg voor mensen met angststoornissen 275 miljoen euro. Hiervan gaat het grootste deel naar de geestelijke gezondheidszorg (45%), gevolgd door genees- en hulpmiddelen (25%) en eerstelijnszorg (11%). De meeste kosten worden gemaakt in de leeftijdsgroep 30-49 jaar. Dit is ook de groep waarbinnen zich het grootste aantal patiënten bevinden.

De kans op ziekteverzuim bij mannen met een angststoornis is groter dan bij mannen zonder angststoornis. Vrouwen met een angststoornis verzuimen niet meer dan vrouwen zonder angststoornis.

Onbehandelde en niet herkende mensen met angststoornissen kosten de maatschappij geld, hierbij valt onder andere te denken aan verminderde arbeidsproductiviteit en ziekteverzuim (Harvison et al., 2004; Laitinen-Krispijn, Bijl, 2000; Marciniak et al., 2004). De jaarlijkse kosten als gevolg van productieverlies door ziekteverzuim bij angststoornissen zijn ruim 3 duizend euro per hoofd van de volwassen bevolking. Bij een aantal van ruim 1 miljoen volwassenen met een angststoornis is dit jaarlijks gemiddeld bijna 4 miljard euro (Meijer et al., 2006)

Aan de kwaliteit van zorg bij angstproblematiek is in ons land, in vergelijking met depressie, nog relatief weinig aandacht geschonken. Dit is een gemiste kans, omdat bestaande kennis, ook over niet-effectieve behandelingen en best practices beter kunnen worden benut. Er is een kloof tussen wat we weten en wat we doen.

Angstzorg is ketenzorg. Ketenzorg gaat over het blijven werken aan de juiste zorg voor de patiënt op de juiste plaats door de juiste hulpverlener. Ketenzorg is nog te vaak een inspanning van individuen. Het ontbreekt aan ketengerichte organisatiestructuren en een duidelijke regie op de aansluiting tussen zorgaanbieders. In de verbetersteams werkt men aan deze aansluiting, door multidisciplinair en transmuraal afspraken te maken over de inhoud en de organisatie van de zorg.

Stepped care kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de samenwerking tussen zorgaanbieders en bevordert de afstemming tussen de lijnen

(Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). Volgens het principe van stepped care wordt een cliënt in eerste instantie de meest effectieve, maar minst belastende, kortste en goedkoopste behandeling die mogelijk is, gezien de aard en de ernst van de problematiek, aangeboden. Pas als deze meest minimale interventie (eerste stap interventie) geen effect sorteert wordt naar een intensievere aanpak overgestapt (tweede stap interventie).