

Uitleg van de gehanteerde begrippen in het verbeterproject angst

Cliënten

In de eerste lijn: volwassenen die zich voor het eerst of tenminste 6 maanden na een eerdere angst behandeling bij de huisarts melden met angststoornissen. Het gaat dus niet om mensen die al behandeld worden.

In de tweede lijn: volwassenen die door de huisarts zijn verwezen naar een tweedelijns GGZ organisatie en bij wie in de tweede lijn een angststoornis wordt vastgesteld.

NB: Voor cliënten die naast hun angststoornis ook kampen met verslaving aan middelen worden is een complexer behandelbeleid nodig. Cliënten waarbij alleen sprake is van misbruik van middelen kunnen wel meedoen. Bij deze laatste groep wordt ter overweging gegeven om naast de behandeling ook een (al dan niet preventieve) behandeling binnen de verslavingszorg aan te bieden.

Vermoeden van een angststoornis

Mensen bij wie het vermoeden bestaat dat zij een angststoornis hebben. Denk aan een angststoornis bij:

- frequent spreekuurbezoek voor wisselende klachten
- aanhoudende specifieke klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen, erg vermoeid zijn en daarbij de laatste tijd hard gewerkt
- 'hyperventilatie'-klachten
- aanhoudende functionele lichamelijke klachten
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen
- alcohol- of drugsproblemen
- depressie

Specifieke diagnose

Het betreft hier het classificeren van een specifieke angststoornis en de somatoforme stoornis hypochondrie volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). Bij het stellen van de specifieke diagnose moet een keuze gemaakt worden uit de volgende codes:

300.01 Paniekstoornis zonder agorafobie
300.21 Paniekstoornis met agorafobie
300.22 Agorafobie zonder paniekstoornis in de voorgeschiedenis
300.29 Specifieke fobie
300.23 Sociale fobie
300.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)
309.81 Posttraumatische stress-stoornis (PTSS)
308.3 Acute stress-stoornis
300.02 Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)
293.84 Angststoornis door een somatische aandoening
291/2.xx Angststoornis door een middel
300.00 Angststoornis Niet Anderszins Omschreven
300.07 Hypochondrie

Angststoornis, complexe angststoornis en niet-complexe angststoornis

- Angststoornis: klachten die naar het oordeel van de huisarts/psychiater/psycholoog de diagnose angststoornis verdienen of hypochondrie volgens de DSM-IV.
- Complexe angststoornis: een door de huisarts/psychiater/psycholoog op de voor hem gebruikelijke wijze vastgestelde angststoornis of hypochondrie waarbij tevens is geconstateerd dat er sprake is van minimaal één van de volgende kenmerken:

- Angststoornis met ernstige symptomen: verschillende symptomen, meer dan nodig om de diagnose te stellen EN de symptomen interfereren duidelijk met het beroepsmatig functioneren of met de sociale activiteiten of relaties met anderen (verschillende rollen in sociaal en/of beroepsmatig functioneren worden niet meer vervuld. De cliënt kan bijvoorbeeld niet meer werken, komt het huis nauwelijks uit, verzorgt zichzelf of anderen niet, of is vereenzaamd).
 - Er is sprake van comorbiditeit dat wil zeggen dat er eveneens sprake is van een andere angststoornis of een depressieve stoornis.
 - Er is sprake van een OCS of PTSS.
 - De angststoornis reageert na minimaal 6 weken en maximaal 18 weken niet of onvoldoende op een eerste stap interventie.
- Niet-complexe angststoornis: een door de huisarts vastgestelde angststoornis die aan de volgende drie criteria voldoet:
- Angststoornis met lichte of matig-ernstige symptomen. Lichte symptomen: weinig of niet meer symptomen dan nodig om de diagnose te stellen en symptomen die slechts leiden tot geringe beperkingen in het beroepsmatig functioneren of in de normale sociale activiteiten of relaties met anderen. Matig-ernstige symptomen: symptomen of functionele beperkingen tussen 'licht' en 'ernstig'.
 - Er is geen sprake van comorbiditeit.
 - Er is geen sprake van een OCS of PTSS.
 - De angststoornis reageert na minimaal 6 weken en maximaal 18 weken voldoende op een eerste stap interventie.

Behandelplan

Het moment waarop de diagnose is gesteld en een besluit is genomen over de aard van de behandeling die de cliënt gaat volgen.

Eerste stap interventies

Alle interventies en combinaties van interventies die volgens de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen effectief kunnen zijn in de eerste 18 weken van de behandeling van een niet-complexe angststoornis. De interventies vinden meestal in de eerste lijn plaats, soms in de tweede lijn.

Deze interventies zijn:

1. zelfhulp op basis van cognitief-gedragstherapeutische technieken (al dan niet begeleid door enkele gesprekken met een hulpverlener). Er bestaan een aantal cursussen waarbij van deze cognitief-gedragstherapeutische technieken gebruik gemaakt wordt: bijvoorbeeld de begeleide internetcursus 'Alles onder controle' of 'Angstige gevoelens; zelf aan de slag', de begeleide zelfhulpcursus bij angststoornissen in de eerste lijn (Van Boeijen, 2006).
2. kortdurende behandeling : een behandeling die circa 5 gesprekken beslaat en gebaseerd is op cognitief-gedragstherapeutische technieken. Deze behandeling kan zowel in de eerste als in de tweede lijn geboden worden.

Tweede stap interventies

De interventies en hun combinaties die volgens de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen eerste keus zijn bij het behandelen van complexe angststoornissen. Voorafgaand aan het indiceren van deze interventies hoort het afnemen van de DSM-IV classificatie. De tweede stap interventies vinden zowel in de eerste- als tweede lijn plaats.

De angst specifieke interventies zijn:

1. Antidepressiva
2. Gedragstherapie, Cognitieve therapie, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Er kan gebruik gemaakt worden van protocollen zoals verschenen in 'Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ' (Keijsers e.a., 1997, 2004)

Ondersteunende interventies.

Ondersteunende interventies kunnen gedurende het gehele zorgproces op indicatie worden toegevoegd aan de onderscheiden psychologische en farmacologische behandelstappen (sociale vaardigheidstraining, psychomotore therapie, beeldend therapeutische interventies).

Systematische follow up

Een gestructureerde manier van het plannen van de patiëntencontacten. Tijdens systematische follow up vindt er een evaluatie van het behandelbeleid plaats, door een gesprek over het beloop van de klachten en de behandeling en wordt de CGI-Severity en CGI-Change afgenomen.

Het gesprek heeft een vaste structuur. Van belang is dat er een regelmaat zit in de afspraken die de cliënt met de hulpverlener heeft. Sterk geadviseerd wordt om bij iedere evaluatie alvast een datum voor de volgende evaluatie met de cliënt af te spreken en het niet bij de cliënt te laten om 'over zes weken weer contact op te nemen'. De systematische follow-up is bedoeld om de therapietrouw en het resultaat van de behandeling te verbeteren door deze tijdig te kunnen bijsturen.

Systematische follow-up vindt elke zes weken plaats, vanaf de vaststelling van de angststoornis, totdat de score op de CGI-Severity twee keer achterelkaar lager dan 3 is.

Psycho-educatie

Psycho-educatie ofwel herhaalde gestructureerde voorlichting is een wezenlijk onderdeel van de behandeling (Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO, 1995).

Het is van groot belang dat de patiënt, en diens omgeving, mondeling en schriftelijk uitleg krijgt over de verschijnselen die bij het ziektebeeld horen, de complexiteit en het beloop van de stoornis, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling van de angstklachten.

Wanneer de diagnose angststoornis is gesteld, vertelt de hulpverlener conform de richtlijn dat angststoornissen veel voorkomen, dat de angst meestal niet vanzelf verdwijnt maar dat een passende behandeling de duur en ernst van de klachten aanmerkelijk kunnen verminderen, dat angststoornissen in stand worden gehouden door vicieuze cirkels waarin anticipatieangst en vermijdingsgedrag een rol spelen.

De cliënt maakt in overleg met de behandelaar een keuze voor een eerste of tweede stap interventie.

In de eerste lijn schat de huisarts in of de psycho-educatie in hetzelfde consult kan plaatsvinden of dat hiervoor een nieuwe afspraak wordt gemaakt. In de tweede lijn en bij de eerstelijns hulpverlener zal psycho-educatie meestal plaatsvinden in een zogenaamd adviesgesprek dat de intakeprocedure afsluit.

Psycho-educatie vormt de afronding van de diagnostische fase en dient aan iedere interventie vooraf te gaan. Psycho-educatie wordt ook gegeven wanneer de behandeling van de cliënt, bijvoorbeeld van een eerste- in een tweede stap interventie.

Tijdens het behandeltraject schat de behandelaar in of aanvullende informatie verstrekt moet worden.

De volgende schriftelijke informatie wordt meegegeven aan de cliënt;

Door de huisarts:

- de NHG patiëntenbrief die voor hem van toepassing is: (<http://nhg.artsennet.nl/?p=cans0100&action=showlist&list=PAB>) Over dwang bestaat nog geen NHG brief. Cliënten kunnen geïnformeerd worden door de informatie van de site <http://www.psychowijzer.nl/titel-overzicht.7.html> over dwang mee te geven.
- Attendeert op het bestaan van de patiëntenvereniging; de Angst, Dwang en Fobie Stichting <http://www.adfstichting.nl/>.

Door GGZ medewerkers/erstelijns psychologen:

- de patiëntenversie van de richtlijn die voor hem van toepassing is.

Hiernaast kan gebruik gemaakt worden van folders van de Vereniging voor gedragstherapie en cognitieve therapie (VGCT) <http://www.vgct.nl/site307/index.jsp?USMID=186>, Nederlands Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) <http://www.nvvp.net/index.asp?a=34893&s=2803&p=1>.

Bij complexe angst kan verwezen worden naar de zorgboeken van Stichting September (http://www.boekenoverzichten.nl/scripts/wspd.cgi.sh/WService=september/opening_a) die bij de Apotheek of online te bestellen zijn.

4DKL

4DKL: vierdimensionale klachtenlijst. De 4DKL heeft als doel stresssymptomen te onderscheiden van depressie, angst en somatisatie. De 4DKL meet vier dimensies van psychopathologie: Distress, Depressie, Angst en Somatisatie. De Distressschaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie). De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities. De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst. De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten.

CGI

De CGI bestaat uit twee schalen: de CGIC en de CGIS.

CGIC: Clinical Global Impression of Change. Deze schaal geeft de behandelaar een globale indruk met betrekking tot verandering van de klachten. Verbetering wil zeggen: 1. Verbeterd of 2. Aanzienlijk verbeterd op de CGIC.

CGIS: Clinical Global Impression of Severity. Met deze schaal vindt een globale beoordeling van de ernst van de klachten en de mate van functionele beperkingen plaats. Remissie wil zeggen 1. Normaal, geen last van psychische klachten of 2. Psychische klachten van minimale ernst op de CGIS.

De CGIS wordt zo snel mogelijk na aanmelding afgenomen en 6 weken later wordt naast de CGIS de CGIC afgenomen. Beide metingen worden eenmaal in de 6 weken afgenomen totdat de CGIS twee keer achter elkaar lager dan 3 is ofwel de angststoornis in remissie is.