

Vragen en antwoorden Webcast Angststoornissen

1. VRAGEN OVER HERKENNING ANGSTSTOORNISSEN EN DE 4DKL

1.1 De 4DKL is toch niet diagnostisch?

Klopt. De 4DKL is indicatief, d.w.z. de 4DKL geeft een indicatie van wat er aan de hand zou kunnen zijn en geeft daarmee richting aan het gesprek met de patiënt.

1.2 De huisarts is slecht opgeleid om de angststoornis te herkennen, gaat té vroeg over naar het voorschrijven van medicijnen of doorverwijzing naar de spv in zijn praktijk, in plaats van doorverwijzing naar de eerste of de tweede lijn. Zit daar niet de bottleneck?

Het niet herkennen van angststoornissen door de huisarts is een bekend probleem; dat is de echte bottle neck. Van een SPV mag echter verwacht worden dat deze een angststoornis wel herkent.

1.3 Ik ken de 4DKL niet waar kan ik hem mee vergelijken? Is dit vergelijkbaar met de OQ-45?

De 4DKL en de Outcome Questionnaire (OQ-45) zijn niet helemaal vergelijkbaar. De 4DKL onderscheidt 4 dimensies van klachten: distress, depressie, angst en somatisatie. De OQ-45 kent 3 schalen: Symptom Distress, Interpersonal Relations, Social Role. De 4DKL meet geen sociaal functioneren. De OQ-45 doet geen poging om specifieke depressie en angst te onderscheiden van specifieke spanningen (= distress).

1.4 Is de 4DKL ook geschikt voor screening van cliënten in de eerste lijns psychologische zorg?

De 4DKL is waarschijnlijk geschikt voor de eerstelijns psychologische zorg. Er is een publicatie over een vergelijking tussen de 4DKL en de SCL-90 in voorbereiding waaruit blijkt dat 4DKL-scores kunnen worden omgerekend naar SCL-90-scores voor de schalen 'depressie', 'angst', 'agorafobie', 'somatisatie' en 'psychoneuroticisme'.

1.5 Is de 4DKL ook bruikbaar voor kinderen en jongeren?

De 4DKL is bruikbaar vanaf een leeftijd van ongeveer 15 jaar.

1.6 Voor welke patiënten (leeftijd, afkomst, opleidingsniveau) is de 4DKL gevalideerd?

De 4DKL is gevalideerd voor Nederlands sprekende mensen vanaf 15 jaar en van alle opleidingsniveaus.

1.7 In hoeverre zou het zinvol zijn om de 4DKL in te vullen tijdsgebonden alles wat langer dan 3 maanden bestaat (normaal herstel) laten invullen in plaats van afhankelijk wat de begeleider vindt?

Het zou zeker zinvol zijn om de 4DKL in te vullen als klachten meer dan 3 maanden bestaan, maar nog beter is het om de 4DKL al eerder in te vullen.

1.8 Dreigen we niet "door te slaan" naar vragenlijsten daar waar differentieel-diagnostisch onderzoek mede gebaseerd op de levensgeschiedenis van de patiënt belangrijk is?

De 4DKL is een hulpmiddel o.a. voor het detecteren van depressieve- en angststoornissen bij patiënten die weinig specifieke klachten presenteren. Het in kaart brengen van de levensgeschiedenis is voor de huisarts geen optie; het in kaart brengen van het toestandbeeld heeft meer prioriteit.

- 1.9 Binnen mijn 1e-lijns/psychotherapiepraktijk gebruiken we altijd de 4DKL. Er wordt nu niets gezegd over hertest, c.q. 2e meting om ook behandelingsresultaat te meten of tussentijds te meten. Jammer, want dit geeft bij de 4DKL een heel mooi vergelijk en informatie.

De 4DKL kan inderdaad heel goed worden gebruikt voor het monitoren van het beloop bij psychische klachten (van welke aard dan ook). Afname om de 4-6 weken geeft goede informatie en sluit op weinig bezwaar bij de patiënt.

- 1.10 De 4DKL is niet specifiek bedoeld/gevalideerd voor ouderen. Is het daarmee niet te gebruiken voor deze doelgroep? Is er eventueel een ander vergelijkbaar instrument beschikbaar voor ouderen?

De 4DKL is niet specifiek gevalideerd voor ouderen, maar ervaring uit de praktijk wijst uit dat de 4DKL bij ouderen op dezelfde manier kan worden geïnterpreteerd als bij jongeren en volwassenen. Een belangrijk voordeel in dit verband is dat de 4DKL geen somatische symptomen bevat in de depressie- en angstschaal zodat vertekening kan optreden als gevolg van somatische comorbiditeit.

- 1.11 De 4DKL kan vanaf 15 jaar gebruikt worden (zie handleiding). Mocht u belangstelling hebben, wij hebben reeds een vrij grote populatie jongeren hiermee getest.

Dat is heel interessant! Ik zou die gegevens graag willen hebben om ze te vergelijken met volwassen 4DKL-data. Mijn email is: bterluin@vumc.nl.

- 1.12 Hoe kom je aan de 4DKL?

De 4DKL is te downloaden van www.emgo.nl/researchtools/4dsq.asp of via www.trimbos.nl/verbeterdezorg

- 1.13 Als psycholoog heb ik de 4DKL een aantal keren gebruikt, maar ik vind hem niet genoeg differentiëren. Vaak scoren mensen op alle vlakken hoog. De SCL differentieert meer m.i.

Uit een nog te publiceren vergelijking tussen de 4DKL en de SCL-90 blijkt juist dat de 4DKL beter differentieert tussen angst en depressie dan de SCL-90.

- 1.14 Kun je na 6 weken nogmaals de 4 DKL doen?

Herhaling van de 4DKL na 4-6 weken is heel goed mogelijk en wordt zelfs aangeraden om het effect van de behandeling van psychische problemen te monitoren.

2. MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- 2.1 Wat is uw eerste keuze SSRI? De NHG-standaard geeft aan fluvoxamine en paroxetine. Hebben jullie een andere visie?

Wij adviseren de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen en de NHG-Standaard Angststoornissen te volgen.

- 2.2 Patiënten haken af tav. SSRI omdat in de initiële fase de angst toeneemt.

Met goede voorlichting en eventueel tijdelijk een benzodiazepine kan dit in veel gevallen worden voorkomen.

- 2.3 In de praktijk blijken de huisartsen niet goed opgeleid om SSRI's en andere anti-depressiva te doseren. Meestal wordt ondergedoseerd en vaak wordt onvoldoende de differentiaal diagnose gesteld met de bipolaire stemmingsstoornis II. Is dat ook Uw ervaring? Moet er voor de fijnere medicamenteuze afstemming niet méér beroep gedaan worden op de psychiater?

Huisartsen schrijven meer antidepressiva voor dan psychiaters! Dat neemt niet weg dat de individuele huisarts minder ervaring hiermee heeft dan een psychiater. Er zijn inderdaad aanwijzingen voor onvoldoende hoog doseren bij met name angststoornissen. De richtlijnen (MDR resp. NHG-standaard) geven aanwijzingen wanneer consultatie van een specialist moet plaatsvinden.

- 2.4 Waarom steeds die nadruk op SSRI`s i.p.v. SNRI`s? De bijwerkingen (gewinnings- en ontwenningklachten) van Seroxat zijn vaak aanzienlijk. Om maar niet te spreken over effect op gewicht en seksualiteit.

We volgen in dezen de relevante richtlijnen (MDR resp. NHG-standaard).

- 2.5 Bij comorbide depressie is medicatie de eerste keuze. Is het zinvol tegelijkertijd CGT te starten, heeft dat geen meerwaarde?

Het oude adagium pillen EN praten is volgens de richtlijnen achterhaald. Maakt de zorg onnodig duur. Wel zien we één van de twee als toevoeging op de ander, als na evaluatie het effect beperkt blijkt.

- 2.6 Heb ik het goed begrepen dat de normale dosis van bijv. een antidepressivum die ook tegen angst werkt, niet voldoende kan zijn voor complexe angststoornissen?

Antidepressiva moeten bij (complexe) angststoornissen vaak wat hoger worden gedoseerd dan bij depressieve stoornissen.

3. NIET MEDICAMENTEUZE BEHANDELINGEN

- 3.1 Wie heeft verstand van CGT?

Voor CGT: liefst een lid van VGCT, vaak een psycholoog of psychotherapeut soms een psychiater.

- 3.2 Er worden op internet cursussen verkocht om via cd's en dvd's van angststoornissen af te komen. Hoe gevaarlijk of hulpzaam is dit?

Wanneer het een goede handleiding betreft (bijv. van Boeijen, bijv. de Neef, bijv. van der Pas), en er enige begeleiding is, is dat volgens de richtlijnen niet gevaarlijk en vaak behulpzaam. Als deze stap onvoldoende oplevert volgt gewoon de échte CGT.

- 3.3 Er zijn ook modellen waarbij aangegeven wordt dat angst een symptoom is van andere problematiek. Dan ook andere methoden/therapievormen te gebruiken? Enkel wordt cog. gedragtherapie genoemd. Wat is bekend over de andere vormen van therapie?

De richtlijnen zijn hier vrij duidelijk over: Medicatie en CGT zijn evidence-based nummer 1 voor angststoornissen. Wij zetten overige interventies slechts ondersteunend in als de eerste keuze interventies niet effectief blijken.

3.4 Als medicatie en CGT niet helpen bij hevige sociale angst, wat is dan een goede behandeling?

CGT helpt meestal wel, medicatie wat minder. Check kwaliteit van CGTbehandeling en behandelaar. Er kan doorverwezen worden naar een instelling voor angstbehandeling (vb Marina de Wollf Ermelo, Vincent van Gogh Venray). In Almere kiezen we ervoor om ook evt een keuze te maken voor deeltijdbehandeling, iets minder gespecialiseerd, maar elk groepscontact is natuurlijk exposure. Soms wordt op indicatie systeemtherapie of vaktherapie toegevoegd.

3.5 Is er ervaring met interpersoonlijke therapie bij angststoornissen?

Dit is geprobeerd, geen gunstige effecten, zeker niet ivm de krachtige interventie CGT, daarom is interpersoonlijke therapie niet in richtlijnen angststoornissen opgenomen.

4. SWITCHEN BEHANDELING

4.1 Is de periode van 18 weken zonder effect niet erg lang?

De ervaring is dat zo'n 4 weken voorbij vliegen. Een gedeelte van de 18 weken is voor psycho-educatie, en dat moet je toch doen, ook bij 2e stapinterventies. Je hebt wel even nodig om te kijken of zelfhulp, CGT aansluit: 3 mnd is daar wel goed voor.

5. PSYCHO EDUCATIE

5.1 Hoe kun je psycho-educatie geven aan laaggeletterden/anderstaligen?

Dit is beperkt. Meestal kost psychoeducatie aan deze groep meer tijd, doordat je veel mondeling, soms samen met een tolk, moet doen. Maar doe vooral niet minder aan psycho-educatie.

5.2 Is er ook psycho educatie voor tieners - bijv. een 16-jarige?

De Angst, Dwang en Fobie stichting geeft de volgende folders uit: Jongeren en Angst en Jongeren en Dwang. Deze folders zijn bij de stichting te bestellen: www.adfstichting.nl

5.3 Wat is de kracht van groepsgewijze psycho-educatie/voorlichting voor patiënten over angststoornissen binnen het SCA-programma? (Herkenning, erkenning, informatie over behandelmogelijkheden).

5.4 Uit onderzoek blijkt dat een groep niet beter is dan individueel, maar wel kostenreducerend. Voordeel is overduidelijk dat er contact met lotgenoten plaatsvindt. Sommige mensen raken meer gemotiveerd door ervaringsgenoten dan door een professional.

6. ANGSTSTOORNISSEN EN ANDERE KLACHTEN

6.1 Zijn de gegeven data voor hele populatie of alleen gegeven voor volwassenen? en kinderen/jeugd?

Alleen voor volwassenen

6.2 Is de categorie LOK niet te herleiden tot somatisatie van de spannings- en overspanningsklachten?

Bij ernstige LOK c.q. ernstige somatisatie spelen overgevoeligheid voor lichamelijke sensaties ('sensitisatie'), ongerustheid, disfunctionele opvattingen en ziektegedrag een belangrijke rol. Dat is dus meer dan alleen de lichamelijke uiting van (over)spanning.

6.3 Wordt verholen alcoholmisbruik uitgesloten als bijdragend aan de angst?

Bij een goede intake taxatie dient alcoholgebruik nagevraagd te worden. Er kan sprake zijn van een nevendiagnose, soms oorzaak, soms gevolg.

6.4 Hoort bij een paniekstoornis nooit vermijdingsgedrag?

Zeker wel: als we het over een paniekstoornis hebben bedoelen we paniek+agorafobie. Paniekstoornis zonder enige agorafobie (dat betekent ook: met angst doorstaan van situaties) komt zeer zelden voor.

6.5 Wat is het grootste verschil/overeenkomst tussen angststoornis en andere psychische stoornissen cq verwantschap?

Er is een grote overlap tussen angst en depressie. Hypochondrie valt onder angststoornissen, conform de richtlijnen. Vermijding is één van de belangrijkste kenmerken.

6.6 Kunnen we de angstklachten niet ook zien als een symptoom voor onderliggende problematiek, m.n. als een levensfaseproblematiek. Te denken valt aan veel angst- en panieklachten in de leeftijd van de adolescentiefase, van 20 tot 30 jaar.

Het idee dat er onderliggende (dus als oorzaak) problematiek bestaat die het symptoom angststoornis veroorzaakt, is toch wel wat achterhaald.

Patienten en de wetenschap, wil niet terug naar zeg maar de jaren 70 van de vorige eeuw, toen patiënten met angststoornissen bij de RIAGG leerden wat er problematisch was aan hun achtergrond, inzicht kregen in te sterke banden, angst voor zelfstandig worden etc. en na behandeling veel over zichzelf geleerd hadden, maar nog steeds hun angststoornis hadden. Er kan natuurlijk wel sprake zijn van nevendiagnoses, die ook aandacht behoeven in de behandeling, bijvoorbeeld nadat de angststoornis is aangepakt.

7. WIE DOET WAT

7.1 Wie kunnen adequaat behandelen: huisarts, bedrijfsarts, psychiater, GZ-psycholoog, SPVer?

De eerste stap behandeling, waaronder begeleide zelfhulp: huisarts, bedrijfsarts, psychiater, GZ-psycholoog, SPV. Voor medicatie: huisarts, bedrijfsarts, psychiater. Voor CGT: liefst een lid van VGCT, dat is zelden een psychiater, vaak een psycholoog of psychotherapeut.

7.2 Wanneer behandelt een huisarts best zelf en wanneer verwijst hij best volgens jullie?

Zie de relevante richtlijnen (MDR resp. NHG-standaard).

7.3 De fysiotherapie heeft een specialisatie de psychosomatische fysiotherapeut, deze kan meer dan alleen ontspanningsoefeningen geven. Dit specialisme is bij uitstek in staat om de link tussen de lichamelijke klachten, waarmee de patient vaak bij de huisarts komt en de angst inzichtelijk te maken.

Mee eens. Op de website www.trimbos.nl/verbeterdezorg, onder het verbeterprogramma angststoornissen, bij de voorbereiding B5 Interventies bepalen, staat de rol van de fysiotherapeut in de behandeling van angststoornissen beschreven.

- 7.4 De psychosomatische fysiotherapie zou een rol kunnen spelen in interventies als ontspanningstherapie, maar ook cognitief gedragsmatige interventies en interoceptieve exposure. Bent u bekend met de mogelijke interventies van de psychosomatische fysiotherapie? Wij zijn ook op de hoogte van en het gebruik van de 4 DKL. Verder hebben wij geleerd een uitgebreide psychodiagnostiek te plegen.

Ja, binnen het stepped care programma in Almere overleggen we momenteel om de taak van haptonomisch en psychosomatische werkende fysiotherapeuten uit te breiden. Probleem hierbij is soms dat de CGT visie 'focussen op de klacht en niet te breed maken' niet altijd gedeeld worden door deze behandelaars. Zie ook antwoord op vraag 47.

- 7.5 Hoe kan een fysiotherapeut, gespecialiseerd in psychosomatiek, een goede diagnose stellen?

Een fysiotherapeut kan en mag geen psychiatrische diagnose stellen. De fysiotherapeut kan echter wel (bijv. aan de hand van de 4DKL-scores) signaleren dat er een relatief grote kans is op het bestaan van een psychiatrische stoornis en op grond daarvan de patiënt (terug)verwijzen naar een professional die de diagnose wel kan stellen. De specifieke psychosomatische diagnostiek die de fysiotherapeut wel kan verrichten, laat ik hier buiten beschouwing.

- 7.6 Staat er in de richtlijn iets over psychosomatisch werkend fysiotherapeut als mede behandelaar?

In de richtlijnen wordt aangegeven welke behandelingen/technieken aangeboden zouden kunnen worden. Wie het doet maakt niet uit, als het maar goed gebeurt. Een lidmaatschap van de VGCT geeft een soort keurmerk dat de CGT goed wordt uitgevoerd. De rol van psychosomatisch fysiotherapeut zou te vergelijken kunnen zijn met een gedragstherapeutisch medewerker (info zie: www.vgct.n), die als koppel/verlengde arm samenwerkt met een gedragstherapeut. Zie ook het antwoord bij vraag 47 en 48.

- 7.7 Ik hoor niet duidelijk dat er een rol weggelegd is voor de psychotherapeut. Er wordt voornl. gesproken over kortdurende interventies in de 1e lijn. Welke indicaties zijn er naar uw mening voor de psychotherapeut/2e lijn?

Ook psychotherapeuten geven vaak CGT. Uitgangspunt is dat de techniek goed wordt aangeboden. VGCT lidmaatschap geeft een soort garantie dat het goed gebeurt. Veel leden van de VGCT zijn psychotherapeut. Indicatie in stepped care is eenvoudig: onvoldoende effect in eerdere stappen behaald.

- 7.8 Wat is de ervaring met SPV-en die cognitieve gedragstherapie toepassen bij patienten met een angststoornis in de huisartsenpraktijk?

Voor de eerstestap interventies, begeleide zelfhulp ed: daar zijn we binnen het stepped care programma Almere net mee begonnen, het wisselt en is afhankelijk van de SPV en hoeveel CGT-opleiding deze heeft genoten. Het zijn echter nooit volwaardige CGtherapieën, meer deeltechnieken zoals bijvoorbeeld het aanbieden van exposure.

- 7.9 Wat zou de rol van de nieuwe POH GGZ kunnen zijn in een stepped care programma?

Bij uitstek geschikt om eerste stap interventies uit te voeren: psycho-educatie, begeleide zelfhulp, en CGTdeeltechnieken. Tenminste, als hij/zij er goed voor opgeleid is.

- 7.10 Preventieafdelingen kunnen een goede aanvulling zijn in het stepped care programma zowel in zelfhulp als cursussen op CGT gebied.

Mee eens: preventiemedewerkers doen in almere ook mee aan psycho-educatie, cursus geen paniek, en binnenkort aan begeleide zelfhulp.

8. SAMENWERKING TUSSEN EERSTE- EN TWEDELIJN EN ANDERE VELDEN

- 8.1 Hoe werkt u in het eerstelijnsproject samen met de mensen, die vanuit de 2e lijn eerste stap interventies aanbieden?

Afhankelijk van de gekozen doelen in het verbeter-/doorbraakproject, worden ook afspraken gemaakt met de 2e lijns GGZ instelling. Soms participeren ze ook in het projectteam.

- 8.2 Is het voor een goede ketenzorg niet van belang dat de vrijgevestigde solistische GGZ-ers zich meer in aanspreekbare groepen/teams organiseren?

Dat is zeker belangrijk, maar dat besef is er jammer genoeg nog niet bij alle vrijgevestigden. In de verbeter-/doorbraakprojecten benaderen we altijd de gevestigde praktijken in de directe omgeving of lokale situatie van een project en vragen hen om mee te werken. Dat lukt meestal goed.

- 8.3 Hoe vinden jullie dat tweedelijns therapeuten moeten samenwerken: multidisciplinaire praktijken, welke vormen van samenwerking? Is er een sociale kaart voor doorverwijsmogelijkheden voor verschillende regio's?

Helaas, dat verschilt per regio. Een stepped care programma geeft juist het broodnodige overzicht, en dat is er nog niet overall. Het beste is dan in de 2e lijn de 'angstafdeling' vragen wat zij hebben. Daar begint het bouwen van zo'n programma meestal.

- 8.4 Is niet veel meer resultaat te behalen als ook samenwerking wordt gezocht met secundaire terreinen als onderwijs en werkveld om te leren toepassen wat geleerd is?

De belangrijkste doelstelling is natuurlijk in eerste instantie om de eerstelijns disciplines bij elkaar te brengen en hen te stimuleren met een verbeterproject aan de slag te gaan. Met het brede werkveld bestaat al contact. De verbinding met onderwijs is gelegd via de opleiding Social Work, Huisartsenopleiding en Psychologie.

- 8.5 Hoe vinden jullie dat tweedelijns therapeuten moeten samenwerken: multidisciplinaire praktijken, welke vormen van samenwerking?

Het is aannemelijk (en goedkoper) dat de tweedelijns niet de eerste stap interventies uitvoert en pas aan zet is als iemand wordt doorverwezen door de eerstelijns, nadat daar behandeling is aangeboden zonder effect. De tweedelijns behandelaars zijn er dan voor langerdurende en ingewikkeldere CGT, ingewikkeldere farmacotherapie en eventueel uitbreidingen van behandeling i.v.m. comorbiditeit, toevoegingen van ondersteunende interventies als vaktherapieën en indien nodig uitbreidingen naar deeltijdbehandeling. Een goed contact tussen eerste- en tweedelijns bij heen en weer verwijzen is dan van groot belang, zodat de patiënt bij doorverwijzing niet weer 'opnieuw alles moet vertellen'. Samenwerken in de behandeling is dan niet per se nodig, als er maar uitgebreid wordt gerapporteerd.

9. BORGEN

- 9.1 Hoe hebben jullie borging bewerkstelligd? Welke maatregelen?

We hebben een werkgroep die constant bezig is geluiden op te vangen, het programma aan te passen, overleggen te organiseren in gezondheidscentra, toestgroepen voor huisartsen organiseert, met thema Stepped Care Almere. Belangrijk is dat de managers ook overtuigd zijn van nut en noodzaak van SCA-programma. Dit lag nog wel eens moeilijk bij bijv. AMW.

- 9.2 Welke rol ziet u voor het management cq RvB in het kader van het scheppen van voorwaarden tav de implementatie van de verbetering van de behandeling aan cliënten met angststoornissen?

De rol van stimuleren en motiveren van medewerkers, het faciliteren voor deelname en vooral de bereidheid om de eigen werkwijze te willen verbeteren in het belang van de patiënten.

10. NUT VAN VERBETERPROJECTEN

- 10.1 Onder het motto "keep it simpel" lijkt het me aanzienlijk efficiënter om NIET te denken in projecten met alle bureaucratie, overlegtijd en kosten van dien, en wat vaker de telefoon te pakken en eens keertje een persoonlijke kennismaking tussen huisarts en tweede lijner. En daarover zou ik als tweede lijner graag een nuchtere reactie van een praktiserend huisarts willen horen.

Ik ben het als praktiserend huisarts helemaal met deze hartekreet eens. De ervaring leert echter dat lang niet iedereen geneigd is zo te handelen. Wat doen we dan?

Henny Sinnema namens Berend Terluin, Joost Beek, Josine van Hamersveld en Hilde Gelsner.