

ZORGSTANDAARD

# Angstklachten en angststoornissen

**Oktober 2017**

---

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz  
Helling 12  
3523 CC Utrecht  
030 7370740  
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

[www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)



**Kwaliteits-  
ontwikkeling**  
GGz

*Netwerk voor goede zorg*

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Visie op kwaliteit van zorg</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Inleiding Zorgstandaard</b>	<b>5</b>
2.1	Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	5
2.2	Patiënten- en familieparticipatie	5
2.3	Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	5
2.4	Betrokken organisaties	5
2.5	Uitgangspunten	6
2.6	Leeswijzer	7
<b>3</b>	<b>Specifieke omschrijving angstklachten en angststoornis</b>	<b>9</b>
3.1	Inleiding	9
3.2	Doelstelling	11
3.3	Doelgroep	11
<b>4</b>	<b>Zorg rondom angstklachten en een angststoornis</b>	<b>12</b>
4.1	Inleiding	12
4.2	Vroege onderkenning en preventie	14
4.2.1	Vroege onderkenning	14
4.2.2	Preventie	16
4.3	Diagnostiek en monitoring	17
4.3.1	Diagnostiek	17
4.3.2	Onderscheid	20
4.3.3	Monitoring	22
<b>5</b>	<b>Individueel zorgplan en behandeling</b>	<b>24</b>
5.1	Zelfmanagement	24
5.2	Behandeling en begeleiding	25
5.2.1	Psycho-educatie	25
5.2.2	Eerste-stap interventies	27
5.2.3	Psychosociale behandeling	28
5.2.4	Psychologische en psychotherapeutische behandeling	29
5.2.5	Medicamenteuze behandeling	34
5.2.6	Biologische behandeling	38
5.2.7	Vaktherapieën	38
5.2.8	Complementaire en aanvullende behandelwijzen	39
5.2.9	Behandeling bij therapieresistente angststoornissen	39



<b>6</b>	<b>Herstel, participatie &amp; re-integratie</b>	<b>41</b>
6.1	Herstel	41
6.2	Participatie	42
6.3	Re-integratie	43
<b>7</b>	<b>Generieke modules</b>	<b>44</b>
<b>8</b>	<b>Organisatie van zorg</b>	<b>45</b>
8.1	Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	46
8.1.1	Echeloning en gepast gebruik	46
8.1.2	Regiebehandelaar	46
8.1.3	Overdracht en consultatie	47
8.1.4	Informatie-uitwisseling	47
8.1.5	Toegankelijkheid	47
8.1.6	Keuzevrijheid	48
8.1.7	Onafhankelijke patiëntenondersteuning	48
8.1.8	Privacy	49
8.2	Zorgstandaard afhankelijke aspecten	49
8.3	Kwaliteitsbeleid	51
8.3.1	Kwaliteitsstatuut	51
8.3.2	Deskundigheidsbevordering	51
8.4	Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	51
8.5	Financiering	52
8.6	Verantwoordingsinformatie	53
<b>9</b>	<b>Kwaliteitsindicatoren</b>	<b>54</b>

---

# 1 Visie op kwaliteit van zorg

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van op hen betrokken beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naasten op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke kennis, professionele kennis en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief zijn en het minst belastend. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

## **Inzet op gezondheid: geen doel op zich**

In de zorg ligt de focus op gezondheid; op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven.<sup>1</sup> Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is hierbij geen doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te kunnen leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel, zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Het gaat allereerst om het vinden van een evenwicht tussen de draaglast van de patiënten en hun naasten en hun draagkracht om van daaruit de meest passende weg te vinden richting herstel.

## **Het begint met een relatie**

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan ik je daarbij het beste helpen? Door samen te zoeken naar antwoorden op deze vragen blijft de patiënt aan het roer van zijn eigen leven staan. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering. Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënten en hun naasten een van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij nabij zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt niet zozeer professionele distantie, maar vooral een verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

## **Aandacht voor de mens**

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Wij functioneren in onze eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij *zijn* - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels. Bijvoorbeeld als werkhypothese of als zoekterm.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels en etiketten, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

### **Eigen keuzes maken**

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens- en herstelgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen als zij zelf keuzes kunnen maken.

### **Samenwerken aan zorg en herstel**

De stand van de wetenschap dwingt tot nederigheid. Over het functioneren van de menselijke psyche is nog veel onbekend. Daarom hebben we alle kennis nodig vanuit de wetenschap, de praktijk en de eigen ervaring om stappen vooruit te zetten en de nodige kwaliteitsverbeteringen in de ggz te kunnen realiseren.

Daarnaast is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en hoog specialistische ggz. Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via *shared decision making* altijd meerdere opties zijn bij het bepalen van doelen, interventies, tempo en frequentie. Uiteindelijk is het aan patiënten om in overleg met hun naasten en hulpverleners te bepalen of en hoe dit aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80% van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om hiervan op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten<sup>2</sup>. Voor hen zijn patiëntenversies beschikbaar.

---

## 2 Inleiding Zorgstandaard

### 2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Een zorgstandaard geeft vanuit het perspectief van patiënten en hun naastbetrokkenen een, op actuele en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde inzichten gebaseerde, functionele beschrijving van de zorg die gegeven wordt vanuit een netwerk. In dit netwerk zijn meerdere beroepsgroepen vertegenwoordigd, zowel in vrijgevestigde praktijken als in instellingen.

Deze zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor alle onderdelen in het zorgcontinuüm voor mensen met angstklachten of een angststoornis: vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring, behandeling en begeleiding, en bevordering van herstel, participatie en re-integratie. Ook de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren worden beschreven. De zorgstandaard beschrijft de norm waaraan goede zorg voor mensen met angstklachten of een angststoornis minimaal moet voldoen.

Behalve deze zorgstandaard zijn ook verschillende generieke modules en de geldende richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van angstklachten en angststoornissen relevant als kwaliteitsstandaarden (zie paragraaf [Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules] en hoofdstuk [Organisatie van zorg]).<sup>3</sup>

### 2.2 Patiënten- en familieparticipatie

De zorgstandaard is geschreven vanuit patiëntperspectief. Voor de borging van het perspectief van patiënten en familie zijn de patiëntenverenigingen, de Angst Dwang en Fobie stichting (ADF) en Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid intensief betrokken bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard. In januari 2016 hebben 200 leden van de ADF stichting een vragenlijst ingevuld.<sup>4</sup> De stellingen die in deze vragenlijst zijn voorgelegd, zijn ingebracht door een focusgroep van leden. Uitgangsvraag was wat patiënten helpt om tot een goed(e) diagnose, behandeling, organisatie van zorg en herstel & maatschappelijke participatie te komen.

In de vragenlijst is naast toetsing van de ervaringen met de stellingen ook gevraagd naar het belang dat leden aan de stellingen toekennen. Daarnaast is de open vraag gesteld wat leden 'met name' heeft geholpen om tot een goed(e) diagnose/behandeling/organisatie van zorg/herstel te komen.

De resultaten geven daarmee een indicatie van:

- wat patiënten met angststoornissen belangrijk vinden voor een goede kwaliteit van zorg;
- wat goed gaat en waar aandachtspunten liggen voor verbetering van zorg;
- welke interventies in de perceptie van patiënten (zeer) waardevol zijn;
- Op grond van de resultaten zijn toevoegingen geformuleerd voor deze zorgstandaard.

### 2.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

Inhoudelijke samenhang is er met de zorgstandaard Depressieve stoornissen en Aanpassingsstoornissen (inclusief overspanning en burn-out) en de generieke modules zoals genoemd in hoofdstuk 7.

### 2.4 Betrokken organisaties

Deze zorgstandaard is opgesteld door een daartoe ingestelde werkgroep onder (bege)leiding van een projectgroep vanuit het Trimbos-instituut. De werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van bij de zorg voor mensen met een angststoornis betrokken beroepsverenigingen en patiënten- en familieorganisaties: Angst

Dwang en Fobie stichting (ADF) en Nederlandse Hyperventilatie stichting (NHS); Nederlands Huisartsengenootschap (NHG); Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP)<sup>1</sup>; Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);<sup>5</sup> Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB); Nederlands Instituut van Psychologen (NIP); Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP); Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid; Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De werkgroep werd voorgezeten door prof. dr. Ton van Balkom.

Naast de werkgroep is een adviesgroep samengesteld die in een consultatieronde de gelegenheid heeft gekregen om de zorgstandaard te commentariëren. In de adviesgroep participeerden vertegenwoordigers vanuit alle betrokken patiënten- en familieverenigingen, beroepsverenigingen en brancheorganisaties: Vereniging EMDR Nederland (VEN); GGZ Nederland; Stichting Topklinische GGz; InEen; Koninklijk Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP); Landelijke vereniging POH GGZ (LV-POH GGZ); Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW); Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB).

In de consultatieronde is de concept kwaliteitsstandaard ook voorgelegd aan alle partijen die vertegenwoordigd zijn in de Agendaraad en de Implementatieraad van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Eveneens is in de consultatieronde een praktijktest uitgevoerd. Het doel van de praktijktest is inzichtelijk maken wat de zorgprofessional vindt van de uitvoerbaarheid en haalbaarheid van de zorgstandaard en de randvoorwaarden voor toepassing in de praktijk (financiële, personele, organisatorische).

## 2.5 Uitgangspunten

De zorgstandaard Angststoornissen is gebaseerd op:

- de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (herzien van 2013 tot 2015) met een Addendum Ouderen (2008);
- de NHG-Standaard Angst (2012) die in overeenstemming is met de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. De NHG-standaard geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van angstklachten en angststoornissen in de huisartsenpraktijk;
- de Richtlijn Angst voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ-richtlijn Angst, 2016);
- een inventarisatie van psychologische interventies voor angst in het kader van het project Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen<sup>6</sup>, gebaseerd op een systematische literatuursearch naar meta-analyses en reviews (Consortium Angst- en stemmingsstoornissen jeugd; ZonMw eindrapportage, 2015);
- het Zorgpad en het Zorgprogramma complexe Angststoornissen van het Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (E-KJP);
- EBRO-modules voor: angstklachten; specifieke fobie en therapieresistentie bij paniekstoornis (met en zonder agorafobie);
- een literatuurstudie naar vaktherapieën;
- een systematische literatuursearch vanaf 2007 van systematische reviews, meta-analyses en RCT's op het gebied van de behandeling van angststoornissen bij ouderen;
- een quickscan op het gebied van behandeling bij jeugdigen (bijlage 3) en expert-raadpleging op het gebied van jeugdigen en ouderen.

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget-impact van interventies gericht op angststoornissen werden een systematische review en een budget impact-analyse uitgevoerd.

<sup>1</sup> Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP.

In deze zorgstandaard komen de volgende angststoornissen in de DSM-5 aan de orde: paniekstoornis met en zonder agorafobie; sociale-angststoornis (sociale fobie); obsessieve-compulsieve stoornis; gegeneraliseerde-angststoornis en specifieke fobie. Obsessieve-compulsieve stoornis wordt niet geassocieerd onder de angststoornissen in DSM-5, maar is opgenomen in deze zorgstandaard aangezien deze ook is opgenomen in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen en niet in een andere zorgstandaard is opgenomen. Separatieangststoornis en selectief mutisme zijn in DSM-5 toegevoegd aan de angststoornissen maar zijn geen onderdeel van deze zorgstandaard. Het onderhoudsplan prioriteert deze angststoornissen bij kinderen<sup>6</sup> voor toekomstige herzieningen van deze zorgstandaard. Specifieke aandachtspunten voor een angststoornis door een middel of medicatie en angststoornis door een somatische aandoening zijn beschreven in par. 4.3. Posttraumatische stressstoornis (PTSS) (onderdeel van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen) is geen angststoornis volgens de DSM-5 en is opgenomen in de Zorgstandaard Trauma en stressorgerelateerde stoornissen. Hypochondrie (ziekteangststoornis; onderdeel van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen) wordt opgenomen in de Zorgstandaard Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Tot slot wordt nadrukkelijk gesteld dat niet elke interventie of combinatie van interventies, zoals in deze zorgstandaard beschreven, een verzekerde ggz-interventie is die vergoed wordt door elke verzekeraar. Patiënten doen er altijd verstandig aan om navraag te doen bij de eigen verzekeraar of de gewenste zorg - al dan niet gebaseerd op deze standaard – in het pakket zit.

### **Algemeen**

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren. Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

## **2.6 Leeswijzer**

In deze zorgstandaardtekst wordt een onderscheid gemaakt tussen angstklachten en een angststoornis. Wanneer gesproken wordt over 'angstklachten' wordt bedoeld dat er (nog) geen sprake is van een angststoornis. Alhoewel de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) niet geassocieerd wordt onder de angststoornissen in DSM-5, is deze opgenomen in deze zorgstandaard (zie paragraaf [Uitgangspunten]). Waar we spreken van angststoornissen wordt bedoeld: inclusief OCS. Deze zorgstandaard richt zich op angstklachten en angststoornissen bij kinderen, volwassenen en ouderen. Met betrekking tot kinderen en jongvolwassenen worden op basis van het advies van experts bij een aantal onderwerpen zorgspecifieke aandachtspunten gegeven. Het is niet mogelijk om op alle andere punten te veronderstellen dat de aanbevelingen die voor volwassenen gelden effectief en toepasbaar zijn op kinderen en jongvolwassenen.



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

Met betrekking tot ouderen kunnen leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen een rol spelen. Deze betreffen het vaker voorkomen van bijkomende lichamelijke ziekten en gebruik van medicatie; het vaker voorkomen van dementie en andere cognitieve stoornissen; veranderingen in farmacologische reacties bij het ouder worden; functionele veranderingen; mobiliteit en het kleiner worden van het sociale netwerk.

Leeftijdsspecifieke aandachtspunten aangegeven voor ouderen kunnen ook van toepassing zijn bij volwassenen van middelbare leeftijd, bijvoorbeeld bij somatische comorbiditeit.

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

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

---

# 3 Specifieke omschrijving angstklachten en angststoornis

## 3.1 Inleiding

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

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen. Ze zijn vaak gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociale contacten, gezondheid), maar kunnen ook spontaan ontstaan. Angstklachten kunnen hinderlijk zijn, zorgen geven (bijvoorbeeld over de lichamelijke gezondheid) en gepaard gaan met sociaal disfunctioneren en overmatige medische consumptie. Het hebben van angstklachten maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter. Angstklachten gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden.

Het verschil met een angststoornis betreft de ernst van de symptomen. De overgang van angstklachten naar een angststoornis heeft geen exact afkappunt; er is sprake van een continuüm. Angstklachten worden ook wel subsyndromale/subklinische angststoornissen genoemd.

Een angststoornis is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen met pathologische angst waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en/of tot een belemmering van het sociaal functioneren.

Pathologische angst kan bij veel andere psychische aandoeningen voorkomen maar wanneer angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis.

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

Te onderscheiden angststoornissen:

- paniekstoornis: recidiverende paniekaanvallen, met tussendoor angst een nieuwe paniekaanval te krijgen;
- agorafobie: angst voor en vermijding van situaties waaruit men denkt moeilijk te kunnen ontkomen of waarin men moeilijk hulp zou kunnen krijgen als zich een paniekaanval voordoet;
- specifieke fobie: hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van specifiek object of specifieke situatie;
- sociale-angststoornis (sociale fobie): hevige, aanhoudende angst voor en vermijding van situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische blik van anderen. De sociale angststoornis wordt onderverdeeld in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie zoals podiumvrees en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt;
- gegeneraliseerde-angststoornis: buitensporige, aanhoudende angst of bezorgdheid over een verscheidenheid aan dagelijkse onderwerpen die gepaard gaat met symptomen als piekeren, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapproblemen;
- scheidingsangst of separatieangststoornis: niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is;
- obsessieve-compulsieve stoornis (OCS): terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsie).

## Kinderen

Bij kinderen kunnen daarnaast de volgende angststoornissen voorkomen:

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

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

## Ouderen

Bij ouderen kunnen dezelfde angststoornissen een iets andere verschijningsvorm aannemen. De angst richt zich dan specifiek op een onderwerp dat vaker voorkomt in de latere levensfase. Bijvoorbeeld een sociale-angststoornis naar aanleiding van klachten van incontinentie waarbij gezelschap wordt vermeden omdat anderen zouden kunnen merken dat men urine verliest. Angstsymptomen kunnen bij ouderen in sommige gevallen een voorbode zijn van een neurodegeneratief proces of een bijkomend verschijnsel van een somatische aandoening. Deze angstklachten vallen niet onder de angststoornissen volgens DSM-5 en vallen buiten het bestek van deze zorgstandaard. In paragraaf 4.3.1.3 wordt in gegaan op de differentiaal-diagnostische overwegingen hieromtrent en de overwegingen voor aanvullend onderzoek.

## Prevalentie

Angststoornissen behoren tot de meest frequent voorkomende psychische stoornissen. De prevalentie bij kinderen wordt geschat tussen de 2-6%. Bij volwassenen in de leeftijd van 18-65 jaar wordt de 12-maandsprevalentie geschat op 10% (2011).<sup>7</sup> Bij 65-plussers eveneens op 10%.

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

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

## Ontwikkeling, beloop en gevolgen

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

Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van een angststoornis. Waarschijnlijk gaat het om een samenspel van de volgende factoren: erfelijke factoren, opvoedings- en gezinsfactoren, beperkte sociale vaardigheden, weinig steun ontvangen, gepest worden,<sup>8</sup> zich eenzaam voelen, en het doormaken van een psychotrauma. Angststoornissen kunnen zich ook ontwikkelen in het kader van een somatische aandoening, door het gebruik of de onttrekking van psycho-actieve stoffen of bepaalde geneesmiddelen.

Voorafgaand aan het ontstaan van een angststoornis is vaak sprake van een internaliserend temperament, meer schrikachtig zijn en minder geneigd zijn nieuwe situaties op te zoeken. De sensitiviteit en specificiteit van deze risicofactoren is overigens laag: veel mensen die als kind introvert waren, ontwikkelen later geen angststoornis.

Bij patiënten bij wie angstklachten zich voor de volwassenheid ontwikkelen, beïnvloeden deze angsten begrijpelijkerwijs vaak de persoonlijkheidsontwikkeling. Er kan dan een co-morbide persoonlijkheidsstoornis ontstaan met afhankelijke, vermijdende en/of dwangmatige kenmerken.

Het beloop van angststoornissen is wisselend. Er zijn patiënten die na een eerste episode spontaan of na behandeling geheel herstellen en nooit meer last zullen krijgen van angstklachten. Het beloop kan echter ook ongunstig zijn. Een klassiek begin is dat met lichte klachten die passen bij een internaliserend temperament. De eerste episode van de angststoornis ontstaat dan vaak in de puberteit of vroege volwassenheid. Hoewel angststoornissen onbehandeld chronische aandoeningen zijn, herstellen bij een evidence-based behandeling de klachten bij driekwart van de patiënten vrijwel volledig. Ook bij succesvol behandelde patiënten kan na verloop van tijd terugval optreden. Na enige jaren treedt spontaan of na een stresserende levensgebeurtenis een recidief op, waarbij de symptomen ernstiger en uitgebreider kunnen zijn dan in de eerste episode. Er ontstaan nu bijvoorbeeld twee of drie angststoornissen tegelijk. Deze tweede episode is vaak moeilijker te behandelen. Soms reageren patiënten niet meer op een eerder nog wel effectief antidepressivum. Later in het beloop van de aandoening ontstaat vaak comorbiditeit in de vorm van een comorbide depressieve episode of een stoornis in het gebruik van een middel. Nog later kan zich gedeeltelijke of volledige therapieresistentie ontwikkelen en ontstaat een chronisch beloop.

### **Kosten van zorg**

In 2011 kostte de zorg voor angststoornissen 626 miljoen euro (0,7% van de totale kosten voor gezondheidszorg in Nederland).<sup>9</sup> Dit percentage is een ondergrens aangezien een aanzienlijk deel van de kosten binnen de psychische stoornissen niet direct aan een diagnosegroep kon worden toegeschreven. In de zorg voor angststoornissen gaat het meeste geld naar de sector geestelijke gezondheidszorg.

## **3.2 Doelstelling**

De belangrijkste functie van deze zorgstandaard is richting geven aan de wijze waarop de zorgvraag van mensen met angstklachten, een angststoornis of een verhoogd risico daarop wordt beantwoord. Het doel is dat zij hun leven als volwaardig burger kunnen inrichten met alle daarbij horende behoeften, maatschappelijke verplichtingen en mogelijkheden. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt goed wordt geïnformeerd en deze als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces kan optreden. Hierbij is een transparante aanpak en het bieden van keuze informatie van doorslaggevend belang.

## **3.3 Doelgroep**

De beschreven zorg in deze zorgstandaard is bedoeld voor mensen met angstklachten en angststoornissen en hun naastbetrokkenen die hulp zoeken in: de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), wijkteams, jeugdhulpverlening, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en de hoogspecialistische ggz, zoals academische afdelingen en hoogspecialistische ggz-afdelingen.

---

# 4 Zorg rondom angstklachten en een angststoornis

## 4.1 Inleiding

Hoofdstukken 4 en 5 omvatten alle fasen van het zorgcontinuüm voor de individuele zorgvrager met angstklachten of een angststoornis.

Bij een *angststoornis* zijn uiteenlopende behandelmogelijkheden zoals beschreven in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 4 beschrijft de zorg voor mensen met *angstklachten*. Bij *angstklachten* (in plaats van een angststoornis) werkt een preventieve en generalistische benadering met zelfmanagement als eerste optie. De zorg richt zich op de gezonde kant van mensen en spreekt de eigen krachten en competenties aan. De zorg is over het algemeen niet intensief en kortdurend. Dit hoofdstuk beschrijft ook de kernelementen van zorg voor angstklachten en angststoornissen en de hulpverlening die voorafgaat aan de behandeling van een angststoornis: vroege onderkenning en preventie, diagnostiek en monitoring.

### Kernelementen in de zorg

#### *Patiëntenvoorkeur en gezamenlijke besluitvorming*

Beslissingen over het behandelbeleid nemen hulpverlener en patiënt (en naastbetrokkenen) gezamenlijk.<sup>10</sup>

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

Gezamenlijke besluitvorming is een manier van werken waarbij de patiënt samen met de hulpverlener en eventueel naastbetrokkene(n) tot beslissingen over diens behandelingen komt die het beste passen bij de patiënt. Het gaat om wederzijdse informatie-uitwisseling, eventueel de inzet van keuzehulp en een specifieke manier van communiceren. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd, situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van de patiënt spelen een belangrijke rol in de gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde patiënt die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven. De volgende punten moeten aan de orde komen: 1. wat zijn de opties?; 2. Wat zijn de voor- en nadelen?; 3. Wat betekent dit voor de situatie van de patiënt? Patiënt en hulpverlener bespreken dit samen en komen samen tot een keuze in het behandelbeleid. De verantwoordelijkheid bij het nemen van een beslissing ligt bij beide partijen. De patiënt en de hulpverlener worden gezien als experts op verschillende gronden en zijn gelijkwaardige partners. Gezamenlijke besluitvorming in de ggz heeft over het algemeen een positief effect: patiënten zijn meer tevreden over de behandeling en kunnen effectiever met hun stoornis omgaan. Het is toepasbaar bij de meeste patiënten en vergt niet meer tijd van de hulpverlener dan een eenzijdige wijze van besluitvorming.

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

geëxpliciteerd in het dossier en het behandelplan en wordt beschreven hoe en wanneer het effect van de betreffende behandeling wordt geëvalueerd.

#### *Matched care*

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

In de voorkeursvolgorde van interventies is het patiëntperspectief meegewogen. De behandelaar houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele behandelbeleid. Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen, overweegt de behandelaar met de patiënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op een intensievere, meer passende interventies, in navolging van de richtlijnaanbevelingen.

#### *Terugvalpreventie*

Ter voorkoming van terugval en een chronisch beloop van angstklachten en -stoornissen worden na herstel altijd interventies overwogen die proberen het opnieuw optreden ervan te voorkomen. Mensen die een angststoornis hebben doorgemaakt vinden het belangrijk dat de toegankelijkheid van de zorg om een dreigende terugval te voorkomen vergroot wordt. Dit kan door regelmatige monitoring gedurende meerdere jaren, het standaard opstellen van een signaleringsplan en het maken van afspraken over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval. Veel mensen vinden eigen manieren om een terugval te voorkomen. Het is belangrijk dat een behandelaar hier tijdens de behandeling expliciet aandacht aan besteedt en de patiënt het vertrouwen en de aanmoediging geeft die nodig zijn voor zelfmanagement.

#### *Autonomie van de patiënt*

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

#### *Diversiteit*

Zorgverleners houden rekening met diversiteit in aspecten zoals leeftijd, gender, opleidingsniveau, sociaal-culturele en etnische achtergrond. Deze factoren kunnen een rol spelen bij de ziektebeleving, uitingsvorm, klachtenpresentatie en symptoomherkenning. Dit betekent dat de zorg zoals beschreven in deze zorgstandaard weliswaar van toepassing is bij mensen met angstklachten of een angststoornis maar dat de zorg wordt aangepast om de toepasbaarheid te vergroten en daarmee behandeluitval te voorkomen. Voorbeelden zijn het gebruik van professionele tolken; psycho-educatie op maat voor specifieke doelgroepen; gebruik van diagnostische instrumenten met cross-culturele validiteit (CES-D en CIDI); cultuursensitieve aanpassingen van psychologische en psychotherapeutische interventies en eventuele aanpassingen van farmacotherapeutische

behandeling aan de hand van bloedspiegelbepalingen en dosering- en opbouwschema. Zie ook de [generieke module Diversiteit].

#### *Professionele verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt*

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

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

#### *Ethisch gevoelige situaties*

In ethisch gevoelige situaties zijn naast feitelijke overwegingen ethische overwegingen beslissend. Zorgvuldige afweging van morele noties, zoals het belang van de patiënt, wils(on)bekwaamheid, respect, integriteit, mogelijk schadelijke gevolgen, welzijnsaspecten, eerlijkheid, gelijkheid, rechtvaardigheid en dergelijke, is onontbeerlijk, evenals het helder onder woorden brengen van deze afwegingen. Met name bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam bij arbodiensten, UVW, CIZ en dergelijke organisaties bevinden zich hier op kruispunten van wegen, waarin collectieve belangen (goede en gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen, gerechtvaardigd gebruik van uitkeringen en voorzieningen, de kwaliteit ervan, doelmatigheid) met individuele belangen kunnen botsen. Het criterium van al-partijdigheid, waarbij met de belangen en waarden van alle betrokkenen op gerechtvaardigde wijze rekening gehouden wordt, moet hierbij voorop staan.

#### *Kwaliteit van leven*

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

## **4.2 Vroege onderkenning en preventie**

### **4.2.1 Vroege onderkenning**

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

#### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

Aan schoolverzuim kan problematische angst ten grondslag liggen. Als sprake is van schoolverzuim kan gebruik gemaakt worden van de handreiking 'Snel terug naar school is veel beter' van de AJN/NVAB (Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), zie ook [[www.nvab-online.nl/content/snel-terug-naar-school-veel-beter](http://www.nvab-online.nl/content/snel-terug-naar-school-veel-beter)]). Deze handreiking beschrijft een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen, waarbij het kind, de ouders, de mentor, het schoolteam, de leerplichtambtenaar en jeugdarts goed samenwerken. Onderdeel hiervan is M@ZL, Medische Advisering Ziek

gemelde Leerling, een werkwijze waarbij de jeugdarts optreedt als een soort bedrijfsarts voor de ziekgemelde leerlingen.

#### *Specifieke aandachtspunten bij ouderen*

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

#### **Signalen**

De volgende situaties kunnen wijzen op angstklachten of -stoornissen:

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

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

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

#### *Signalen van (normale) angst bij kinderen per leeftijdsfase*

Signalen van normale angst zijn veelzijdig en verschillen per leeftijdsfase en per kind en kunnen in elkaar overlopen. Culturele achtergrond en geslacht kunnen van invloed zijn op het uiten van signalen.<sup>11</sup> Zo verbergen jongens angstgevoelens meer dan meisjes, wat kan leiden tot het vermijden van de ervaren angstige situatie of juist tot overschreeuwend gedrag.<sup>12</sup> Ook geven meisjes gemiddeld meer angstklachten aan in zelfrapportages dan jongens.



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

Bij een vermoeden van abnormale angst of een angststoornis kan aanvullend een vragenlijst afgenomen worden.<sup>13</sup>

#### 4.2.2 Preventie

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

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

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

##### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

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

Voor de aanpak van specifieke angstklachten zijn verschillende geïndiceerde preventieve interventies beschikbaar voor verschillende leeftijdscategorieën. De meeste geïndiceerde preventieprogramma's richten zich op alle soorten angstklachten, soms gaat het specifiek over faalangst of sociale angst. Ze hebben een cognitief-gedragstherapeutische basis en zijn zowel individueel als groepsgewijs aan te bieden. De groepsgewijze varianten kunnen ook op school plaatsvinden. De individuele variant betreft behandeling (in plaats van preventie) en zal meestal in een ggz-context plaatsvinden.

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

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

## 4.3 Diagnostiek en monitoring

### 4.3.1 Diagnostiek

#### Het diagnostische proces

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

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

Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of ICD-10 door een bevoegde hulpverlener op basis van klinisch onderzoek en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen.<sup>14</sup> Hiertoe zijn diverse instrumenten beschikbaar.<sup>15</sup> Standaard wordt gevraagd naar suïcidaliteit (zie [paragraaf Risicotaxatie suïcidaliteit]). Ook wordt standaard gevraagd naar geheugen- en oriëntatieklachten (zie [paragraaf Sociale anamnese]).

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

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

#### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

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

Kind en ouders moeten samen en apart onderzocht en bevraagd worden. Ouders worden uitgebreid bevraagd, vooral bij kinderen tot 12 jaar. Kinderen worden onderzocht met diagnostisch onderzoek dat bij jonge kinderen meer uit spel- of gedragsobservaties kan bestaan en bij kinderen vanaf circa acht jaar meer in gespreksvorm plaatsvindt. Wanneer de problemen ook op school spelen kan de leerkracht of mentor gevraagd worden informatie te geven. Vervolgens wordt de informatie vanuit de verschillende perspectieven gecombineerd. Als alleen ouders worden bevraagd, is de kans groot dat een angststoornis wordt gemist of zou het vermijdingsgedrag kunnen worden gezien als opstandig gedrag (bijvoorbeeld als een kind niet alleen thuis durft te zijn). Wordt alleen de jeugdige bevraagd, dan wordt de angst vaker overschat. Wanneer een kind veel

beangstigende situaties uit de weg kan gaan, wordt de dagelijkse last soms juist als laag ervaren en wordt het probleem juist kleiner ingeschat door het kind dan door een volwassene.

Kinderen vanaf acht jaar kunnen zelf een vragenlijst over hun angst invullen. Ook kan bij hen een diagnostisch interview worden afgenomen. Op scholen of in de huisartspraktijk kan gewerkt worden met screenende vragenlijsten bij het kind en de ouders. Dit wordt alleen aangeraden als er ook een vervolg mogelijk is waarin de resultaten worden besproken en kinderen ook hulp kunnen krijgen als dat nodig is. Voor diagnostiek in de jeugd-ggz kan gebruik worden gemaakt van een semi-gestructureerd interview bij kinderen en hun ouders om de klachten goed in kaart te brengen. Vaak wordt gekozen voor een instrument dat niet alleen de angststoornissen in kaart brengt maar ook veel voorkomende comorbide problemen zoals stemmingsklachten en externaliserend gedrag. De interpretatie van gebruikte vragenlijsten en interviews vindt plaats door een daartoe gekwalificeerde hulpverlener. Voor een recent overzicht van vragenlijsten en interviews wordt verwezen naar de databank Instrumenten van het Nederlands Jeugd Instituut NJI ([www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten](http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten)). Bij het signaleren en vaststellen van een angststoornis wordt rekening gehouden met de fase van ontwikkeling waarin de jeugdige zich bevindt. Symptomen van de jeugdige worden afgezet tegen wat als normaal gedrag wordt gezien op die leeftijd en rekening wordt gehouden met het karakter van de jeugdige. Het (dis)functioneren in verschillende domeinen wordt beoordeeld: thuis, op school of op het werk, ten aanzien van vrienden en ten aanzien van vrijetijdsbesteding. De mate van disfunctioneren, de belemmering in de ontwikkeling en het lijden door het kind zelf zijn bepalend bij het vaststellen van een diagnose.

#### *Specifieke aandachtspunten bij ouderen*

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

#### **Ernstbeoordeling**

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

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

#### **Risicotaxatie suïcidaliteit**

Bij elke patiënt met angstklachten of een angststoornis vindt risicotaxatie van suïcidaliteit plaats. De alertheid op suïcidegedachten en suïcidaal gedrag blijft ook bij vervolggesprekken van belang. Zie hiervoor de [generieke module Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag].

Suïcidaliteit kan variëren van het hebben van vage gedachten tot een vastomlijnd plan voor het plegen van suïcide. Een vertrouwensrelatie is de basis voor een gesprek hierover. Als het gesprek over suïcidaliteit op een neutrale, niet-veroordelende manier wordt gevoerd is de kans het grootste dat hierover een zinvol contact ontstaat. Naastbetrokkenen hebben een belangrijke rol in het herkennen van suïcidaal gedrag. Zij worden geïnformeerd in de vorm van psycho-educatie en krijgen adviezen over hoe om te gaan met dreigende situaties.

#### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

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

### *Specifieke aandachtspunten bij ouderen*

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

### **Heteroanamnese**

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

### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

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

### **Sociale anamnese**

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

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

### **Naastbetrokkenen**

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

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

Bij patiënten met langer durende problematiek die zorgtaken voor kinderen hebben, moet worden gelet op signalen van (psychische) problemen bij het kind, huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij het vermoeden van risico's wordt de kindcheck uitgevoerd. Zie hiervoor de [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen en Kinderen van Verslaafde Ouders]<sup>16</sup> en de Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg ([link](#)).

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

### 4.3.2 Onderscheid

#### Differentiatie van angststoornissen onderling

De differentiatie tussen de verschillende typen angststoornissen vindt plaats op basis van het al dan niet optreden van paniekaanvallen en de situaties waarin ze optreden. Een paniekstoornis wordt alleen gediagnosticeerd als er sprake is van onverwachte paniekaanvallen. Bij een sociale-angststoornis ontstaan paniekaanvallen alleen in sociale situaties; bij de specifieke fobie alleen in de fobische situatie, bijvoorbeeld in aanwezigheid van dieren of in een lift. De gegeneraliseerde-angststoornis heeft geen paniekaanvallen maar een continue angst. De obsessieve compulsieve stoornis (OCS; dwangstoornis) betreft angst en spanning veroorzakende recidiverende en persisterende ongewenste gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of angst reducerende gedachten of handelingen (compulsies).

De anamnesevragen betreffen:

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

#### Differentiatie met andere psychische stoornissen en met lichamelijke stoornissen

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

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

Bij anamnestiche aanwijzingen voor een somatische aandoening wordt hiertoe aanvullend lichamenlijk onderzoek verricht, eventueel aangevuld met laboratoriumonderzoek, zoals bij schildklieraandoeningen of vermoeidheid door vitamine D of B12-tekort. Gedacht moet worden - de opsomming is niet volledig - aan: schildklieraandoeningen; (bij)nieraandoeningen; hart- en vaatziekten; beroerte; dementie, ziekte van Parkinson, ALS en MS; maligniteiten; infectieziekten (bijvoorbeeld HIV en AIDS); ziekte van Crohn, colitus ulcerosa; chronisch-vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie; andere (auto-immuun)ziekten; chronische pijn.

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

### *Specifieke aandachtspunten bij kinderen*

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

### *Specifieke aandachtspunten bij ouderen*

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

Screening op eventuele lacunes in de cognitieve vermogens is met name geïndiceerd als de angstklachten op latere leeftijd voor het eerst ontstaan, zonder duidelijke aanleiding sterk verergeren of erg diffuus zijn. Dit kan duiden op angst die ontstaat vanuit cognitieve achteruitgang. Een screening met behulp van een gestandaardiseerd instrument en een heteroanamnese kunnen hierover al enige duidelijkheid verschaffen. Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie moeten standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprenting) worden gesteld. Bij twijfel over de diagnose moet eventueel neuropsychologisch onderzoek worden gedaan. Ook bij angst voor dementie die vermoedelijk ongegrond is (de 'vergeetfobie') wordt geadviseerd de klachten serieus te nemen en de patiënt eerst neuropsychologisch te onderzoeken. Anderzijds moet bij een geruststellend resultaat niet aangenomen worden dat de angst hiermee als vanzelf is verdwenen en geen verdere behandeling behoeft.

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

### **Onderscheid naar mate van complexiteit**

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

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

Zie ook de [generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken ggz].

### *Hoogspecialistische zorg*

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

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

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

#### *Gedwongen opname en bemoeizorg*

In het geval van ernstig suïcidegevaar (zie [paragraaf Risicotaxatie suïcidaliteit], maatschappelijke teloorgang of zorgmijdende patiënten is een (gedwongen) opname of bemoeizorg bij sommige patiënten noodzakelijk, soms met noodzakelijke vrijheidsbeperking in de vorm van een inbewaringstelling (IBS) of – bij niet acuut gevaar – een rechterlijke machtiging. Zie ook de [generieke module Drang en dwang].

### **Behandeling bij comorbiditeit**

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

#### *Behandeling van angststoornis veroorzaakt door een somatische aandoening*

Bij een somatische aandoening die oorzakelijk is voor de psychische symptomen en klachten zal de behandeling zich in hoofdzaak op deze aandoening richten. Is er, nadat uitgesloten is dat een somatische aandoening onderliggend is aan angstklachten of angststoornis, sprake van een comorbide somatische aandoening, dan is een tweesporenbeleid noodzakelijk. Daarbij wordt de behandeling voor de angst aangepast aan de somatische behandeling en vice versa.

#### *Behandeling bij psychische comorbiditeit*

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

Bij comorbide verslavingsproblematiek wordt een abstinentie gedurende 4-6 weken beoogd alvorens een angststoornis opnieuw te evalueren en zo nodig te behandelen. Op het moment dat volledige abstinentie niet haalbaar blijkt omdat de angststoornis de verslaving in stand houdt, kan ervoor gekozen worden om te starten met de behandeling van deze de angststoornis om zo ook de verslaving aan te pakken. Zie hiervoor de Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen.<sup>17</sup> Diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen vinden bij voorkeur na de behandeling van de angststoornis plaats met de voor persoonlijkheidsstoornissen geëigende instrumenten en interventies.

### **4.3.3 Monitoring**

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

De hulpverlener evalueert samen met de patiënt en diens naastbetrokkenen de vorderingen met zelfmanagementstrategieën op domeinen die van belang zijn voor het herstelgedrag, coping en motivatie. Monitoren van behandelresultaten kan plaatsvinden met vragenlijsten.. Periodiek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld op basis van gewijzigde probleemdefinitie en doelstelling(en) van de patiënt. Bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) optredende comorbiditeit of wanneer opeenvolgende behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, vindt consultatie plaats, eventueel via de consultatieregeling van de huisartsenzorg.

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

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



---

## 5 Individueel zorgplan en behandeling

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

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

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

Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt genomen op basis van gezamenlijke besluitvorming en kunnen mede bepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast.

### 5.1 Zelfmanagement

Zelfmanagement kan deel uitmaken van het behandelplan als eerste-stap interventie (zie [paragraaf Eerste-stap interventies]). Afsproken wordt wat de patiënt en eventueel diens omgeving zelf kan doen op het gebied van bijvoorbeeld leefstijl (gezonde voeding, meer bewegen, het vinden van een goede dagstructuur, leefritme en balans in activiteiten/ontspanning, mindfulness-technieken), werk, opleiding of school en het onderhouden van sociale contacten. Het is belangrijk dat een behandelaar hieraan tijdens de behandeling aandacht besteedt. De hulpverlener kan zelfmanagement begeleiden door zelfmanagementstrategieën aan te reiken, gericht te vragen naar de voortgang, aanmoediging te geven en door te helpen bij het opbouwen van zelfvertrouwen in het uitvoeren van zelfmanagementstrategieën. In de behandelevaluatie worden zelfmanagementstrategieën geëvalueerd en besproken wordt of andere interventies nodig zijn (zie [paragraaf Monitoring]). Zelfregie versterkt de veerkracht en autonomie van patiënten en verlegt de focus naar aandacht voor het leven dat geleefd kan worden ondanks klachten. Ook in het kader van terugvalpreventie is zelfmanagement van belang, waarbij het leven zo wordt ingericht dat het risico op terugval vermindert. Zie ook de [generieke module Zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg].

### Specifieke aandachtspunten bij kinderen

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

## 5.2 Behandeling en begeleiding

De zorgverlener houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele behandelbeleid. Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen kiest de patiënt samen met de zorgverlener op basis van gezamenlijke besluitvorming de behandeling die het beste past gezien de aard en ernst van de angst, de complexiteit en eerdere behandelresultaten.

Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt genomen en kunnen mede bepaald worden door: patiëntenvoorkeur, eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis, andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon), (verwachte) bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen (zoals wachttijden). Ook het betrekken van eventuele partner, kinderen, ouders of andere gezinsleden kan belangrijk zijn.

Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen kiezen de patiënt en hulpverlener op basis van gezamenlijke besluitvorming in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende resultaat wordt overgestapt naar intensievere interventies.

Bij voldoende respons op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie plaats. Na een ernstige episode kan worden gedacht aan preventieve cognitieve therapie of mindfulness based cognitieve therapie (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie). Bij onvoldoende respons wordt overgestapt naar een volgende behandeling conform het algoritme in de [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen].

### Basisinterventies

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

De basisinterventies voor mensen met een angststoornis zijn:

- psycho-educatie: het verstrekken van informatie aan de patiënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandel mogelijkheden (zie ook onder 3.4)[1];
- activering en vermijding tegengaan: adviezen om actief te blijven en om zoveel mogelijk niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden. In geval van bijkomende depressie worden deze aangevuld met adviezen om de dag te structureren. Dit kan ook leefstijladviezen betreffen en het functioneren in werk, opleiding, school of sociale situaties;
- actief volgen: het monitoren van het beloop van symptomen en klachten van de patiënt en het vinger aan de pols houden (*watchful waiting*), ook bij patiënten die geen behandeling willen. Eventueel zet de hulpverlener steunende en structurerende begeleiding in om de patiënt te motiveren voor psychotherapie of een andere behandelvorm.

### 5.2.1 Psycho-educatie

Zorgverleners informeren de patiënt over het klachtenbeloop en het belang van het aanpakken van klachten. In eerste instantie is bij angstklachten voorlichting met controle(s) vaak voldoende. De patiënt wordt gewezen op informatie over angst via [www.thuisarts.nl] en de patiëntenvereniging voor mensen met angst, dwang en fobie ([www.adfstichting.nl]), [www.nedkad.nl] en [www.psychiatrienet/website/patienteninformatie]. De zorgverlener

informeert de patiënt des gevraagd over de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de behandelmethode en de prijs.

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

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

Psycho-educatie wordt ook gegeven aan naastbetrokkenen (eventuele partners, ouders en andere familieleden), maar ook aan kinderen van volwassen patiënten (zie ook [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming]).

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

- de webwinkel van adfstichting.nl.;
- raadplegen van digitaal beschikbare informatie (bijvoorbeeld op nedkad.nl, thuisarts.nl, nvvp.net/patiënteninformatie, psychiatrienet.nl);
- verwijzing naar cursussen (waaronder begeleide zelfhulp);
- (regionaal) lotgenotencontact voor patiënten en naastbetrokkenen bij de patiëntenorganisaties: Angst Dwang en Fobie stichting ([www.adfstichting.nl](http://www.adfstichting.nl)) en de Nederlandse Hyperventilatie Stichting ([www.hyperventilatie.org](http://www.hyperventilatie.org)).

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

### **Psycho-educatie voor kinderen en jeugdigen**

In de eerste plaats is het belangrijk dat de gevoelens van de jeugdige erkend worden. Het specifieke advies voor de jeugdige is om angsten niet te vermijden maar onder ogen te zien en op onderzoek uit te gaan om te kijken of alle angstige verwachtingen ook uitkomen. Daarnaast leren kinderen en jeugdigen om probleemoplossende vaardigheden en adequate coping in te zetten. Ook is het zorgen voor voldoende ontspanning, beweging (sporten) en afleiding belangrijk. Ouders kunnen hun algemene opvoedingsvaardigheden inzetten en specifieke adviezen krijgen hoe zij hun kind kunnen helpen bij het hanteren van problematische angst. In dat geval gaat het doorgaans om het benoemen van het gevoel, het aanmoedigen van het opzoeken van situaties die worden vermeden, het voordoen van dapper gedrag (modeling) en het belonen van of trots zijn op dapper gedrag. Via het kind en de ouders kunnen ook leerkrachten of mentoren psycho-educatie krijgen over angststoornissen en handvatten krijgen hoe zij het kind kunnen ondersteunen. Het gaat er dan bijvoorbeeld om een klimaat te creëren waarin het kind zich vertrouwd voelt om zich te uiten en te experimenteren met nieuw (dapper) gedrag; het kind te herinneren aan oefeningen; erkenning te geven voor vorderingen en het kind aan te moedigen om lastige situaties toch weer te gaan opzoeken.

### Voorbeelden van informatiebronnen voor ouders:

- de website [www.opvoeden.nl](http://www.opvoeden.nl) van de Stichting Opvoeden. Deze website bevat betrouwbare informatie die getoetst is door verschillende kennisinstituten. Op deze website is tevens informatie over angst te vinden;
- op de website van de ADF stichting staat een lijst met (voorlees)boeken voor kinderen;
- Op de website [www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl) wordt informatie gegeven voor ouders, kinderen en professionals over verschillende klachten en stoornissen. De site is opgezet en wordt onderhouden door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
- op de website JM ouders is informatie te vinden over bang zijn bij kinderen met daarnaast allerlei ervaringsverhalen (bijvoorbeeld angst om te slapen, voor het zwembad, voor de dokter);
- op de Belgische website [Groeimee.be](http://Groeimee.be) is allerlei informatie over angst bij kinderen te vinden en hoe hiermee om te gaan.

### Voorlichting en advies aan kinderen zelf

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

- de website [www.bibbers.nl](http://www.bibbers.nl) van de Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF stichting) bevat informatie, filmpjes, spelletjes en tips over angst en is bedoeld voor kinderen die weleens of vaak bang zijn van 6 tot 12 jaar;
- voor kinderen van 12 tot 18 jaar is er de website [www.stopjeangst.nl](http://www.stopjeangst.nl). Kinderen kunnen zichzelf testen, informatie vinden, filmpjes kijken, vragen stellen en beantwoorden op een forum en ervaringsverhalen lezen van anderen die hetzelfde probleem hebben;
- [www.brainwiki.nl](http://www.brainwiki.nl) is een website voor met informatie over psychische klachten bij kinderen, opgezet en onderhouden door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
- zelfhulpboek 'Hoe kom ik van die angsten af' van Lisa M. Schab voor kinderen vanaf 13 jaar;<sup>18</sup>
- op de jongerensite van de ADF zijn zelfhulpboeken te vinden [[www.stopjeangst.nl/Hulp/Zelfhulp/Zelfhulpmetboeken](http://www.stopjeangst.nl/Hulp/Zelfhulp/Zelfhulpmetboeken)]

De website [[www.overjekop.nl](http://www.overjekop.nl)] van het Fonds Psychische Gezondheid biedt informatie voor jongeren over psychische problemen. Via de website is het tevens mogelijk om te bellen, chatten of mailen met een zorgverlener.

Kinderen van ouders met psychische problemen kunnen informatie krijgen op [[www.kopstoring.nl](http://www.kopstoring.nl)] of [[www.survivalkid.nl](http://www.survivalkid.nl)].

### Psycho-educatie voor ouderen

Dezelfde informatiebronnen die hierboven genoemd worden, kunnen worden aangeraden bij oudere patiënten en hun naastbetrokkenen. Daarnaast kan eventueel verwezen worden naar de site van het kenniscentrum ouderenpsychiatrie: [[www.nkop.nl/onderzoek/dossiers/angststoornissen](http://www.nkop.nl/onderzoek/dossiers/angststoornissen)]. Vooral bij een lange klachtenduur en het ontbreken van eerdere adequate herkenning en behandeling, hetgeen bij ouderen vaker voorkomt, is extra aandacht en tijd voor psycho-educatie van belang.<sup>19</sup>

## 5.2.2 Eerste-stap interventies

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

Eerste-stapinterventies zijn:

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

### **Behandelevaluatie en vervolg**

Na drie maanden vindt behandelevaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [paragraaf Monitoring]).

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

Bij angstklachten zijn medicamenteuze interventies niet geïndiceerd.

## **5.2.3 Psychosociale behandeling**

### **Psychosociale interventies voor angstklachten en angststoornissen**

Psychosociale zorg kan worden ingezet met als doel het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van (oorzaken van) angst. Het kan gaan om het aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor het psychisch functioneren of opvoedingsvaardigheden. Psychosociale interventies zijn aanvullend. Angststoornissen gaan in het algemeen niet vanzelf over als de stressor/trigger oplost of weggenomen wordt.

De doelgroep bestaat uit:

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

Psychosociale behandeling wordt gegeven door de POH-GGZ, (wijk)verpleegkundige, maatschappelijk werker, psycholoog, bedrijfsarts, vaktherapeut of jeugdhulpverlener. Als de regiebehandelaar verwijst voor psychosociale behandeling worden rondom verwijzing en terugverwijzing multidisciplinaire afspraken gemaakt over afstemming van de zorg.

### **Behandelevaluatie en vervolg**

Na een in het zorgplan vastgestelde periode vindt behandelevaluatie plaats op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [paragraaf Monitoring]).

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

## 5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Bij angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT) de eerste keus in het geval van een psychologische behandeling. In deze zorgstandaard is CGT breed opgevat. Onder CGT wordt verstaan een diversiteit van interventies en methodieken waaronder: verschillende vormen van exposure (in vivo, imaginair, interoceptief), responspreventie, cognitieve herstructurering, paniekmanagement, taakconcentratietraining, applied relaxation, sociale vaardigheidstraining.

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

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

De volgende interventies zijn geïndiceerd in de behandeling van angststoornissen met als doel het bereiken van symptoomvermindering en volledig herstel.

### **Gegeneraliseerde-angststoornis (GAS)**

Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGT) bij GAS bij volwassenen wordt overwogen (link naar [MDR Angststoornissen paragraaf 8.5]):

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

Cognitieve (gedrags)therapie wordt bij voorkeur individueel uitgevoerd. Als geen herstel optreedt, kan de behandeling worden verlengd met nadruk op elementen die nog niet zijn gegeven, zoals: exposure, applied relaxation of cognitieve therapie. Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt de psychologische behandeling afgesloten.

### **Paniekstoornis (PS)**

C(G)T -psychologisch paniekmanagement (PM) en exposure in vivo (EV) zijn de standaard behandelingen bij volwassenen:

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

Wanneer er géén sprake is van agorafobie wordt paniekmanagement gegeven. Stel vast of uitsluitend sprake is van paniekstoornis of van heftige angst voor paniek bij patiënten met beperkt vermijdingsgedrag. Behandel in dat geval minimaal een maand met intensieve PM waarin in ieder geval een geruststellende verklaring, interne exposure en coping zijn begrepen. Ga door tot maximaal twaalf weken om een optimaal effect te bereiken. Overweeg daarna of exposure in vivo moet worden toegevoegd. Overweeg andere of aanvullende behandelmogelijkheden (farmacotherapie) wanneer na twaalf weken onvoldoende resultaat is geboekt. Maak bij

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

### **Agorafobie**

C(G)T -psychologisch paniekmanagement (PM) en exposure in vivo (EV) zijn de standaard behandelingen bij volwassenen en worden overwogen:

Bij lichte paniekstoornissen:

- bij onvoldoende herstel na eerste-stap interventies.

Bij ernstige paniekstoornissen:

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

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

### **Sociale-angststoornis (SAS)**

Exposure in vivo, cognitieve (gedrags)therapie, sociale vaardigheidstraining en taakconcentratie training zijn de standaardbehandelingen voor SAS bij volwassenen en worden overwogen (link naar [MDR Angststoornissen paragraaf 6.5]):

Bij het gegeneraliseerde subtype:

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

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

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

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

Als geen herstel optreedt met sociale vaardigheidstraining kan zo nodig taakconcentratie-training worden toegevoegd, met name wanneer er een sterke gerichtheid is op symptomen zoals trillen, blozen en transpireren. Als geen herstel optreedt wordt overgestapt van exposure behandeling naar cognitieve therapie of vice versa. Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt de psychologische behandeling afgesloten. Medicatie wordt minimaal één jaar voortgezet en daarna afgebouwd met terugvalpreventie. Bij terugval moet herstart worden met de medicatie; deze wordt langer gecontinueerd.

Bij het specifieke subtype:

- bij onvoldoende herstel na de eerste-stap interventies wordt bij sociale angst in frequent voorkomende situaties gekozen voor de psychologische behandelingen cognitieve therapie of exposure in vivo;
- als bij behandeling met farmacotherapie (incidenteel, in niet-frequent voorkomende situaties) onvoldoende herstel optreedt is psychologische/psychotherapeutische behandeling aanbevolen.

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

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

### **Specifieke fobie**

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

Behandel een frequent voorkomende specifieke fobie van het type dier-, natuur-, of overige, evenals bloed-, letsel- of injectiefobie met exposure in vivo. Bij een psychologische behandeling wordt in principe uitgegaan van wekelijkse zittingen. Bij specifieke fobie is het mogelijk om een aantal zittingen samen te voegen tot een langer durende zitting van twee of drie uur. Hulpinterventies die bij exposure in vivo doorgaans worden toegepast zoals coping, modeling en geruststellende informatie verstrekken over de fobische prikkel kunnen gezien worden als cognitieve elementen binnen exposure behandelingen om de kans op succesvolle exposure te verhogen, wanneer de patiënt exposure nog niet aandurft of wanneer exposure alleen te weinig effect blijkt te hebben. Combineer, als de behandeling onvoldoende resultaat oplevert, met cognitieve interventies en/of coping en/of modeling.

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

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

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

Psychotherapie wordt overwogen (link naar [MDR Angststoornissen paragraaf 7.6]):

- bij start van de behandeling:  
In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit psychotherapie of farmacotherapie, waarbij er lichte



voorkeur bestaat voor psychotherapie. Als er sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt een behandelbeleid conform ernstige depressie gevolgd.

➤ als vervolgbehandeling:

Als bij behandeling met farmacotherapie geen herstel optreedt is behandeling met ERP of CT aanbevolen.

Als bij behandeling met farmacotherapie partieel herstel optreedt is combinatiebehandeling aanbevolen.

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

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

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

### **Psychotherapie bij kinderen**

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

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

Voor jeugdigen bestaat CGT over het algemeen uit vijf componenten: psycho-educatie; aanleren van coping strategieën (ademhalings- en ontspanningstechnieken, probleemoplossings-vaardigheden en afleidingstechnieken); cognitieve herstructurering; exposure (blootstelling aan het angstige object of de angstige situatie) en terugvalpreventie. Daarnaast wordt er in deze behandelingen veel gebruik gemaakt van modeling (voordoen van dapper gedrag) en vormen van beloning (materieel, verbaal, sociaal). Voor sommige angstproblemen wordt nadruk gelegd op een aantal specifieke technieken. Bij specifieke fobie ligt er meer nadruk op exposure. Bij sociale fobie wordt extra aandacht besteed aan sociale vaardigheden; bij paniekstoornis aan interoceptieve exposure en bij selectief mutisme aan shaping van gewenst gedrag in de behandeling, thuis en op school (in meerdere contexten).

Cognitieve (gedrags)therapie wordt individueel of in groepen uitgevoerd. Individuele en groepsbehandeling zijn vaak even effectief, zij het dat individuele CGT soms beter werkt, vooral als het gaat om kinderen met forse sociale angstklachten. De duur van de behandeling bedraagt gemiddeld 12-16 sessies. Er zijn aanwijzingen dat CGT korter dan 8 sessies minder effectief is en dat meer sessies leiden tot grotere effecten. Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven en vinden booster-sessies plaats en wordt de psychologische behandeling afgesloten.

Boostersessies (1-4) binnen 1 tot 3 maanden na behandeling vergroten het effect van CGT behandeling bij nameting en de effecten worden langer behouden.

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

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

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

EMDR is een veel toegepaste behandeling in de dagelijkse praktijk, niet alleen bij PTSS maar ook bij angststoornissen. Er is echter nog betrekkelijk weinig wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van EMDR bij angststoornissen. Over de vraag of en bij welke groepen patiënten EMDR gepast zou zijn en voorgeschreven moet worden, bestaat geen eenduidigheid.

### **Specifieke aandachtspunten bij ouderen**

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

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

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

### 5.2.5 Medicamenteuze behandeling

Verschillende geneesmiddelengroepen kunnen effectief zijn in de behandeling van angststoornissen bij volwassenen: selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's), serotonine-norepinefrine heropname remmers (SNRI's), tricyclische antidepressiva (TCA's), benzodiazepinen en overige anxiolitica (buspiron, pregabaline). Adequate toepassing van farmacotherapie is afhankelijk van de aard en ernst van de angststoornis en van het geneesmiddel. De keuze voor een bepaald middel wordt voornamelijk gebaseerd op het soort klachten en symptomen waarop de medicamenteuze behandeling is gericht, uitgaande van de behandelalgoritmes in de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen. Verder zijn de (eerdere) ervaring van de patiënt met het middel, te verwachten bijwerkingen, comorbiditeit, co-medicatie en risico's bij overdosering belangrijke aspecten in de overwegingen bij medicamenteuze behandeling.

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

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

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

#### **Opbouwen van medicatie**

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

#### **Monitoren therapietrouw medicatiegebruik**

Om een goede therapietrouw te bevorderen is het van belang de patiënt bij het starten van de medicamenteuze behandeling goede informatie te geven over te verwachten bijwerkingen en hoe hiermee om te gaan. Gaandeweg de behandeling worden adviezen gegeven voor zelfmanagement en het volhouden van de behandeling. Het is belangrijk om eventuele zorgen en angsten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van medicatie op een open manier te bespreken met de patiënt, ook om te voorkomen dat de patiënt stopt met medicatie of onregelmatig gaat gebruiken. Patiënten willen de bijwerkingen die ze ervaren snel kunnen bespreken met hun zorgverlener. Op langere termijn kunnen het aanhouden van de initiële bijwerkingen en het optreden van andere optredende

bijwerkingen belastend zijn en de therapietrouw verminderen of een reden zijn voor patiënten om te stoppen met medicatie. Voor zorgvuldig en doeltreffend gebruik is herhaalde voorlichting en bespreking van de werking van het geneesmiddel, de bijwerkingen en hoe hiermee om te gaan waaronder leefstijladviezen van groot belang. Zie hiervoor de [generieke module Bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychiatrische aandoeningen].

Medicatieveiligheid en therapietrouw blijven voorname aandachtspunten bij vervolgspraken.

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

Patiënten gaan in het algemeen bewust en serieus om met de medicatie en hebben daar allerlei hulpmiddelen voor. Zelfmanagement wordt ondersteund door kleine hulpmiddelen, zoals een pillendoosje met een alarm dat afgaat op het tijdstip dat de medicatie moet worden ingenomen, een inname-schema, een weekdoos of weekaflevering. In geval van slikproblemen kan een andere toedieningsvorm een oplossing zijn.

### **Afbouwen van medicatie**

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

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

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

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

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

### **Farmacotherapie bij kinderen met angststoornissen**

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is bij angststoornissen de behandeling van eerste keus. Het is onduidelijk of CGT superieur is ten opzichte van medicatie (SSRI's/SSNRI's). Er zijn weinig studies, waarbij een SSRI direct vergeleken wordt met CGT en die studies laten even goede effecten zien van medicatie en CGT. Verder valt op dat er weinig goede follow-up studies zijn, dus dat de meeste effecten niet langer dan 6 maanden tot een jaar gevolgd worden.<sup>20</sup> Bij langere follow-ups lijken de effecten kleiner te worden. Omdat medicatie veel bijwerkingen kent, waaronder een mogelijk verhoogd suïciderisico, en er alternatieve en tenminste even effectieve behandelingen zijn voor angst, is het voorschrijven van medicatie omstreden en wordt medicatie niet als eerste keus aangeraden.<sup>21</sup> Bij een comorbide stemmingsstoornis wordt verwezen naar de adviezen in de [zorgstandaard Depressieve stoornissen].

### **Farmacotherapie bij ouderen met angststoornissen**

De aanbevelingen bij ouderen wijken inhoudelijk niet sterk af van de aanbevelingen voor volwassenen tot 65 jaar. Bij ouderen bestaat een voorkeur voor SSRI's boven TCA's. Bij het voorschrijven van SSRI's en TCA's aan ouderen wordt op basis van best practice geconcludeerd dat het raadzaam is om bij ouderen een lagere begindosering te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen. Anderzijds moet wel gestreefd worden naar een einddosering waarvan optimale therapeutische werkzaamheid verwacht mag worden. Benzodiazepinen worden bij ouderen ontraden vanwege het valrisico, het verslavingsrisico en het risico op verminderd cognitief functioneren. Het afstemmen van het medicatiebeleid op eventuele medicatie voor andere somatische aandoeningen heeft bij ouderen voortdurend de aandacht.

### **Farmacotherapie voor specifieke angststoornissen**

De MDR Angststoornissen geeft voor de verschillende type angststoornissen een aantal farmacotherapeutische mogelijkheden. Deze worden kort samengevat. De zorgverlener moet in ieder geval uitgaan van de start- en streefdoseringen zoals beschreven in de richtlijnen ([MDR Angststoornissen] en [NHG-Standaard Angst]) en geeft uitleg over het doseringsschema en het belang van therapietrouw. In het algemeen moet medicatie geleidelijk worden opgebouwd om het optreden van bijwerkingen te voorkomen of verminderen.

### **Gegeneraliseerde-angststoornis (GAS)**

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS) kunnen geïndiceerd zijn: antidepressiva (SSRI's: paroxetine, escitalopram en sertraline; SNRI's: venlafaxine en duloxetine; TCA's: imipramine of trazodon); buspiron; benzodiazepinen (alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam) en pregabaline. Niet geïndiceerd in de behandeling van GAS zijn bètablokkers en antipsychotica. Voordat een benzodiazepine of pregabaline wordt gegeven moet eerst cognitieve gedragstherapie worden overwogen. Na 6 weken kan het effect van de medicamenteuze behandeling met antidepressiva (SSRI's, SNRI's en TCA's) of buspiron worden geëvalueerd. Wanneer na 6 weken behandeling geen of een beperkt effect geobserveerd wordt en het middel goed wordt verdragen, kan de dosering worden verhoogd. Nadat de effectief bevonden medicatie 6 weken na instellen effectief gebleken is, wordt de patiënt minimaal één jaar doorbehandeld om daarna zo mogelijk de dosering langzaam af te bouwen. Bij benzodiazepinen geldt dat wanneer deze na 1-2 weken effectief gebleken zijn de patiënt gedurende een half jaar tot een jaar wordt doorbehandeld. De dagdosering wordt zo mogelijk verminderd. Bij pregabaline geldt bij gebleken effectiviteit na 4 weken dat de patiënt langdurig, in ieder geval een jaar, doorbehandeld wordt. Vervolgens wordt geprobeerd om de medicatie af te bouwen. Bij herstel wordt de medicatie minimaal één jaar voortgezet en daarna afgebouwd met terugvalpreventie. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

### **Paniekstoornis (PS)**

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de paniekstoornis (met of zonder agorafobie) kunnen geïndiceerd zijn: antidepressiva (SSRI's: citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline; SNRI's: venlafaxine); TCA's (clomipramine); (high potency) benzodiazepinen (oxazepam, alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam); MAOI (fenelzine). Bij het overstappen van een SSRI op een ander middel of andere behandeling moet altijd ook gedragstherapie overwogen worden, als dat al niet eerder gedaan is. Verder is er een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis ggz toe te passen. De MAOI's hebben een beperkt toepassingsgebied en moeten worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz. Nadat antidepressiva na minimaal 4 weken behandeling op de streefdosering effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd en kan daarna zo mogelijk bij remissie van de klachten worden verlaagd. Het afbouwen wordt langzaam in stappen van 3

maanden per dosisstap gedaan waarbij eventuele terugval goed gemonitord moet worden. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

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

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

### **Sociale-angststoornis (SAS)**

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de sociale-angststoornis (SAS) kunnen geïndiceerd zijn: antidepressiva (SSRI's; SNRI's: venlafaxine); benzodiazepinen (oxazepam, alprazolam, clonazepam en bromazepam); MAOI (fenelzine); bètablokkers (propranolol en atenolol (alleen specifieke subtype)). Er is een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis ggz toe te passen. De MAOI's hebben een beperkt toepassingsgebied en moeten worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten (en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz.

Nadat SSRI's na 12 weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gecontinueerd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit verminderen gaat langzaam in stappen van 3 maanden waarbij een terugval goed geëvalueerd wordt. Ook wordt de patiënt gewaarschuwd voor onthoudingsverschijnselen, welke onderscheiden moeten worden van een recidief van de SAS.

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

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

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

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

### **Specifieke fobie**

Medicatie wordt niet aangeraden bij een specifieke fobie.

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

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

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

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

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

## **5.2.6 Biologische behandeling**

### **Psychochirurgie en deep brain stimulation bij OCS**

Psychochirurgische interventies bij OCS zijn moderne stereotactische neurochirurgische procedures zoals cingulotomie en capsulotomie. Complicaties van de ingreep zijn postoperatieve infecties, neurologische uitval, postoperatieve epilepsie en persoonlijkheidsveranderingen. Bij zeer ernstige therapieresistente OCS moet op basis van gezamenlijke besluitvorming verwijzing naar de Werkgroep Psychochirurgie overwogen worden voor beoordeling of een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt. De ingreep moet in een gespecialiseerd centrum worden uitgevoerd. De ervaring leert dat deze vorm van behandeling in Nederland zeer weinig wordt toegepast.

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

## **5.2.7 Vaktherapieën**

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

Algemeen gestelde doelen binnen vaktherapie zijn:

- leren lichamelijke sensaties en emoties te voelen, te verdragen en of te uiten;
- het kunnen inzetten van incompatibel gedrag danwel contra-conditionering;
- herhaling van exposure aan de gevreesde trigger in een andere context;

- bewerken van negatieve cognities die een klachtinstandhoudende factor zijn door gebruik making van experiëntiële oefeningen;
- verbeteren van (cognitieve) flexibiliteit, zelfbeeld, spontaan gedrag en plezier.

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

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

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

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

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

## 5.2.8 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Uit onderzoek naar het aanbod van complementaire en alternatieve geneeswijzen door ziekenhuizen, verpleeghuizen en ggz-instellingen blijkt dat 'angst' één van de belangrijkste indicaties is om complementaire behandelwijzen aan te bieden.<sup>22</sup> Ook patiënten initiëren, vaak als aanvulling op reguliere behandelwijzen, andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Hierover moeten patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken. Met name kruiden en zelfzorg-medicijnen, zoals pijnstillers of middelen tegen spierpijn, moeten worden besproken vanwege mogelijk optredende interacties of onduidelijkheid over de effectiviteit van voorgeschreven medicatie.

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

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

## 5.2.9 Behandeling bij therapieresistente angststoornissen

Bij therapieresistente angststoornissen wordt geadviseerd in samenspraak met de patiënt en desgewenst een naastbetrokkene na te gaan of de reguliere behandelstappen conform de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen in frequentie, duur en dosering adequaat uitgevoerd zijn, zowel wat betreft de psychologische als de medicamenteuze behandelstappen. In intervisie met collega's wordt nagegaan waardoor de therapie niet



werkt; is deze wel of niet goed uitgevoerd of past deze behandeling niet bij deze patiënt. Afhankelijk van de conclusie wordt de behandeling geoptimaliseerd of vindt herevaluatie van de problematiek plaats. Wanneer adequaat volgens de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen behandeld is en geen positief effect is opgetreden, worden de volgende mogelijkheden overwogen en besproken op basis van gezamenlijke besluitvorming.

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

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

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

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

---

## 6 Herstel, participatie & re-integratie

Herstel, participatie en re-integratie zijn aandachtspunten vanaf de start van de behandeling van of begeleiding bij angststoornissen. De zorg gericht op herstel, participatie en re-integratie betreft interventies die gericht zijn op het gewone leven en daaraan deelnemen. Hier staan niet zozeer de angststoornissen centraal, als wel het leven met (de gevolgen van) deze stoornissen en het verschuiven van de focus van ziekte naar gezondheid. Mentaal welbevinden is maar één dimensie van gezondheid. Patiënten vullen het begrip gezondheid breed in; andere dimensies zijn: lichaamsfuncties en dagelijks functioneren (voor jezelf kunnen zorgen), sociaal-maatschappelijk participeren (zinnvolle contacten en bezigheden hebben), kwaliteit van leven (geluk beleven) en zingeving (doelen of idealen nastreven, de spirituele dimensie). Het zijn dimensies die patiënten bijna allemaal even belangrijk vinden.<sup>24</sup>

Interventies gericht op herstel, participatie en re-integratie kunnen zowel met een eigenstandig doel ingezet worden als een versterkende, versnellende functie hebben voor psychologische en farmacologische interventies. Terwijl herstel, participatie en re-integratie voor betrokkenen zelf dus vaak de belangrijkste doelen zijn, worden deze thema's hier verhoudingsgewijs kort aangestipt omdat begeleiding en ondersteuning op deze terreinen generiek zijn, oftewel stoornis-overstijgend. In hoofdstuk 7 zijn diverse links te vinden zoals naar de generieke modules Herstelondersteuning, Ernstige psychische aandoeningen en Arbeid als medicijn.

### 6.1 Herstel

Herstel betekent hier niet zoals in de medische zin van het woord het vrij zijn van symptomen (remissie). Herstel betekent hier het te boven komen van een angststoornis als een ingrijpende gebeurtenis in het persoonlijk leven. Door de verschuiving van ziekte naar gezondheid reikt herstel over de grenzen van de specifieke angstklachten. Het betekent dat geluk beleven (kwaliteit van leven), doelen nastreven (zingeving) en het hebben van zinnvolle relaties en activiteiten (sociaal-maatschappelijk participeren) in de behandeling worden meegenomen of behandeldoel kunnen zijn. Van hulpverleners wordt verbinding en creativiteit gevraagd om samen met de patiënt vormen van behandeling of begeleiding te vinden of te ontwikkelen die op de vraag van patiënten en/of hun naastbetrokkenen aansluit.

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

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

Bij herstel gaat het om een combinatie van informele steun uit de omgeving en professionele hulp (zie [hoofdstuk 5.2.3 Psychosociale zorg]). Herstelondersteunende zorg bestaat uit: patiënten eigen keuzes laten maken en ondersteuning bieden bij het naar boven halen van de eigen kracht, zodat de patiënt weer greep en regie krijgt op het eigen leven.<sup>25</sup> De professional kan het herstel faciliteren door in een vroeg stadium van de behandeling of begeleiding het steunsysteem van familie en vrienden actief bij de behandeling te betrekken. Ook tijdens de behandeling is het belangrijk dat de omgeving van patiënt (collega's op het werk) betrokken blijft en dat zorgverleners actief zijn in het contact leggen of ruimte bieden voor gezamenlijke gesprekken. De patiënt houdt regie over dit proces.

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

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

## 6.2 Participatie

Een angststoornis heeft een grote invloed op het gevoelsleven, de cognitieve vermogens en lichamelijke conditie en daarmee op meedoen in de samenleving in het algemeen en het onderhouden van sociale relaties en het functioneren in werk of op school in het bijzonder. Dit kan aanzienlijke beperkingen in het (sociaal) functioneren tot gevolg hebben.

Participatie in de maatschappij - al dan niet in de vorm van werk of een werkervaringsplaats - activeert, kan bijdragen aan verbetering van het dagritme en het zien van perspectief en kan daarmee helpen om grip te krijgen op de aandoening. Angst veroorzaakt vermijdingsgedrag en zorgt voor vernauwing van het blikveld. Focussen op activering zorgt voor gevoelens van daadkracht en moed en het zich richten op de toekomst. Daarmee kunnen negatieve emoties, cognities en gedrag worden doorbroken.

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

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

Rehabilitatiewerkers kunnen ondersteunen bij het proces dat nodig is om (weer) mee te kunnen doen in de maatschappij. De methoden ondersteunen patiënten bij door hen zelf geformuleerde doelen. Die doelen kunnen op elk levensterrein liggen. Er zijn diverse effectieve methodieken zoals Individuele Plaatsing & Steun voor hulp bij het zoeken naar betaald werk, Individuele RehabilitatieBenadering voor hulp bij persoonlijke participatiedoelende op diverse levensterreinen. Zie hiervoor bijvoorbeeld respectievelijk de [Multidisciplinaire Richtlijn Werk en Ernstige Psychische Aandoeningen] en de [generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen].<sup>26</sup> Voor mensen met angststoornissen kan ook de methodiek 'Kansen op werk', ontwikkeld door onder andere de ADF stichting, mogelijk werkzaam zijn.<sup>27</sup>

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

### Ondersteuning van het netwerk

Ondersteuning aan naastbetrokkenen passend bij de thuissituatie kan het behaalde effect van de behandeling, die primair gericht is op het terugdringen van de stoornis, verstevigen en consolideren. Ondersteunen bij voorkeur in een vroeg stadium van behandeling kan door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds familie en naastbetrokkenen te leren zo goed mogelijk met de patiënt om te gaan. De ondersteuning kan ook bestaan uit het

leren bewaken van de eigen grenzen om te voorkomen dat personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan. Indien nodig wordt praktische ondersteuning georganiseerd bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde thuiszorg.

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

### 6.3 Re-integratie

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

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

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

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

---

## 7 Generieke modules

In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische stoornissen en/of somatische aandoeningen. Hetgeen beschreven wordt in een generieke module kan toepasbaar zijn in één bepaalde fase of in meerdere fasen van de zorg.

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

- Arbeid als medicijn;
- Bijwerkingen door Geneesmiddelen voor Psychiatrische aandoeningen;
- Comorbiditeit;
- Diagnostiek en behandeling psychische klachten huisartsenpraktijk;
- Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag;
- Diagnostiek en behandeling generalistische basis-ggz;
- Diversiteit;
- E-health;
- Ernstige psychische aandoeningen (EPA);
- Herstelondersteuning;
- Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken;
- Organisatie kinderen en jeugdigen;
- Ouderenpsychiatrie;
- Psychische klachten in de kindertijd;
- Psychotherapie;
- Vaktherapieën;
- Vroege opsporing van psychische klachten;
- Zelfmanagement;
- Ziekenhuispsychiatrie.

De generieke modules zijn te vinden op [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)

---

## 8 Organisatie van zorg

In de zorg voor personen met angstklachten of een angststoornis zijn verschillende partijen betrokken. In de huisartsenzorg, de generalistische basis ggz en in algemene ziekenhuizen vindt signalering plaats van angststoornissen in hoogrisico groepen, bijvoorbeeld patiënten met een eerdere angststoornis, een lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt of andere psychische aandoeningen zoals depressie. Diagnostiek vindt trapsgewijs plaats: in de huisartsenzorg is de diagnostiek globaler en korter dan in de generalistische basis ggz. In de gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz is de diagnostiek uitgebreider omdat de angststoornissen zich hier complexer en therapieresistenter presenteren. In de huisartsenzorg en generalistische basis ggz vindt bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) interfererende comorbiditeit of wanneer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben consultatie van of verwijzing naar de gespecialiseerde ggz plaats. Bij therapieresistentie wordt een second opinion gevraagd bij de gespecialiseerde ggz of hoogspecialistische ggz (academische afdelingen en hoogspecialistische afdelingen) die patiënten met angstklachten en –stoornissen diagnosticeren en behandelen. Bij deze zorgaanbieders kan de behandeling indien nodig worden voortgezet. Bij jeugdigen met angstklachten of angststoornis is de gemeente verantwoordelijk voor de inzet van de zorg in de verschillende zorgfasen. De partijen moeten goed samenwerken om zo de continuïteit van zorg te waarborgen. Vanuit het *patiëntenperspectief* moet de organisatie van zorg ondersteunend zijn bij het kunnen leiden van een waardevol leven en het bereiken van behandeldoelen, en zeker geen barrière vormen. De volgende acties moeten niet uit het oog worden verloren:

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

Daarnaast is van belang voor een goede organisatie van zorg:

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

Bij verschillende stoornissen/klachten:

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

## 8.1 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

### 8.1.1 Echelonering en gepast gebruik

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

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

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

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

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

### 8.1.2 Regiebehandelaar

Om een goede samenwerking te creëren is een regiebehandelaar van belang. De volgende professionals in vrije vestiging of verbonden aan een ggz-instelling kunnen als regiebehandelaar in de zorg voor mensen met een angststoornis op te treden: GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, orthopedagoog (mits GZ-psycholoog en BIG geregistreerd), psychiater. In een ggz instelling mag daarnaast de verpleegkundig specialist ggz optreden als regiebehandelaar. Bij ggz-instellingen moet altijd een psychiater of klinisch psycholoog voor advies of consultatie beschikbaar zijn. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij/zij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naastbetrokkenen, het centrale aanspreekpunt. Als zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar kan ondersteund worden door andere disciplines zoals sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, basispsycholoog of agogisch werker. Deze professionals werken voor wat betreft hun aandeel onder eigen verantwoordelijkheid. De regiebehandelaar is passend bij het type behandeling en de doelgroep. De verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn per echelon beschreven in het Model Kwaliteitsstatuut GGZ.<sup>28</sup>

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

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

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

### 8.1.3 Overdracht en consultatie

Om goede randvoorwaarden voor samenwerking te creëren gaat deze zorgstandaard uit van de afspraken gemaakt door de landelijke partijen over welke patiënten in welk ggz echelon thuishoren ([Generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz, februari 2016]). In de Landelijke samenwerkingsafspraken worden aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg.

### 8.1.4 Informatie-uitwisseling

#### **Individueel zorgplan en het elektronisch patiëntendossier (EPD)**

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

#### **Informed consent**

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

### 8.1.5 Toegankelijkheid

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

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



- worden wachtlijsten voorkomen;
- verwijzingen naar hoogspecialistische ggz aan de hand van 'Criteria ggz Echelonneringsmodel'.

### **Toegankelijkheid van de zorg voor ouderen**

Ouderen met angst vinden vooralsnog helaas niet als vanzelf hun weg naar de ggz, ondanks het feit dat effectieve behandelingen voorhanden zijn.<sup>29</sup> Het aantal ouderen met angst dat door de huisarts wordt verwezen naar de ggz is relatief erg laag ten opzichte van andere leeftijdsgroepen en in de periode van 2002-2010 is het aantal niet is toegenomen. Huisartsen behandelen ouderen met geestelijke gezondheidsproblematiek relatief vaak zelf. Dit lijkt te maken te hebben met meerdere factoren. Enerzijds worden veel ouderen mogelijk zelf liever geholpen door iemand die bij de huisartsenpraktijk werkt, dicht bij huis. Recente onderzoeken naar de behandeling van angst bij ouderen richten zich veelal op de laagdrempelige aanbieder van cognitief gedragstherapeutische interventies in de directe omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld via de telefoon of door aanbieder van CGT in de huisartspraktijk.

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

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

### **Ruimtelijke voorzieningen**

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

#### **8.1.6 Keuzevrijheid**

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

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

#### **8.1.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning**

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

### 8.1.8 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels.

Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet beroepen individuele gezondheidszorg, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wetboek van Strafrecht). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Bij de patiënt moet het recht op kosteloze inzage in het eigen dossier en de mogelijkheid hiervan een kopie te ontvangen bekend zijn.

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

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

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

## 8.2 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

### Betrokken zorgverleners

De volgende behandelaars zijn in het algemeen betrokken bij de hulpverlening aan mensen met angstklachten en angststoornissen:<sup>30</sup>

- Huisarts
- Praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ)
- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut
- Psychiater
- Verpleegkundigen
- Sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV)
- GGZ-verpleegkundige
- Vaktherapeutische beroepen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 8.3 Kwaliteitsbeleid

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

### 8.3.1 Kwaliteitsstatuut

In het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve geestelijke gezondheidszorg in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- maakt voor de patiënt en diens naastbetrokkenen inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- moet als kader dienen voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

Voor de inhoud van alle afspraken wordt verwezen naar het Model-Kwaliteitsstatuut.

### 8.3.2 Deskundigheidsbevordering

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

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

## 8.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op angststoornissen werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. Omdat er weinig geschikte gegevens zijn

gepubliceerd, kon de budget impact analyse alleen bij de paniekstoornis worden uitgevoerd. De gehele budget impact analyse is te vinden in bijlage 2.

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

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

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

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

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

## 8.5 Financiering

### Algemeen

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

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

### **Specifiek**

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

## **8.6 Verantwoordingsinformatie**

In hoofdstuk 9 staan kwaliteitsindicatoren opgenomen die, na een periode van registratie, ondersteunen bij het leveren van verantwoordingsinformatie.

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

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

---

## 9 Kwaliteitsindicatoren

Reflectie op het resultaat van eigen handelen is een essentiële stap in de beleidscyclus voor kwaliteit, en die reflectie vereist kwaliteitsinformatie. Kwaliteitsindicatoren zijn de kern van de kwaliteitsinformatie. De kwaliteitsindicatoren zijn van belang voor de interne kwaliteitsverbetering en -rapportages en het kwaliteitsbeleid van de zorgverleners in de multidisciplinaire organisaties. Een selectie van de kwaliteitsindicatoren kan worden gebruikt voor externe of publieke rapportages voor bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel stoornis-specifiek als generiek), en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie van de zorg). Waar kwaliteitsindicatoren voor de stoornis-specifieke en de generieke zorg doorgaans breuken zijn (fracties, meestal uitgedrukt als percentage) geven de kwaliteitsindicatoren voor de organisatie en organisatiestructuur ('structuurindicatoren') vaker informatie over de aan- of afwezigheid van bepaalde voorzieningen (ja/nee vragen), of bepaalde getalsinformatie. Deze gegevens moeten beschikbaar zijn voor de bepaling van de relevante structuur-indicatoren, uiteraard bij voorkeur elektronisch. Om te voorkomen dat zorgaanbieders extra gegevens moeten registreren, moeten meetinstrumenten aansluiten bij het primaire zorgproces en de daarin eenduidig vastgelegde gegevens. Bij voorkeur worden ook generieke meetinstrumenten gekozen in plaats van stoornis-specifieke meetinstrumenten.

Zorgaanbieders kunnen de gegevens die zij vastleggen dan ook gebruiken voor het genereren van kwaliteitsinformatie. Het principe van 'eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik' beperkt de administratieve lasten en vergroot de betrouwbaarheid van de gegevens.' Helaas zal de informatie niet altijd geput kunnen worden uit het EPD; voor die gegevens zal dus aanvullende registratie nodig zijn.

Kwaliteitsindicatoren voor angststoornissen zijn in ontwikkeling. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zal de regie nemen om te komen tot uniforme kwaliteitsindicatoren en ondersteuning geven om te bepalen welke indicatoren uiteindelijk voor welk doel in gebruik worden genomen en hoe eenduidigheid in formulering kan worden bevorderd.

## Eindnoten

<sup>1</sup> Huber, 2014

<sup>2</sup> Patiënten- en familieorganisaties in het Landelijk Platform GGz hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de GGz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

<sup>3</sup> Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op verbetering van kwaliteit van zorg, veelal een systematische samenvatting van wetenschappelijk onderzoek en een afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is primair bedoeld voor ondersteuning van de klinische besluitvorming. Gerelateerde doelen zijn vermindering van diversiteit in het handelen en vergroten van de transparantie.

<sup>4</sup> ADF stichting (2016). Achterbanraadpleging voor de zorgstandaard Angst

<sup>5</sup> De V&VN heeft deelname door capaciteitsproblemen vroegtijdig beëindigd.

<sup>6</sup> Met de term kinderen wordt iedereen tot 18 jaar bedoeld. Of kinderen zelf mogen beslissen over de behandeling hangt af van hun leeftijd:

Jonger dan 12: Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren.

Tussen de 12 en de 16: Kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders

16 jaar en ouder: Jongeren vanaf 16 jaar mogen zelf beslissen over onderzoeken of medische behandelingen die zij moeten ondergaan.

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/mag-een-arts-mij-zonder-mijn-toestemming-behandelen>

<sup>7</sup> <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/angststoornissen/cijfers-context/incidentie-en-prevalentie>

<sup>8</sup> Reijntjes, 2010

<sup>9</sup> <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/angststoornissen/kosten/kosten>

<sup>10</sup> Kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders. Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren.

<sup>11</sup> Lewis- Fernandez e.a., 2011 en Konijn e.a., 2009

<sup>12</sup> Konijn e.a., 2009

<sup>13</sup> Zie Databank Instrumenten van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI); Boer, F. & Verhulst, F., 2014

<sup>14</sup> Vanaf 2017 wordt de DSM-5 in Nederland ingevoerd als handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Hierin staat gedetailleerd beschreven welke verschijnselen/symptomen vereist zijn voor de classificatie van de verschillende psychische aandoeningen, waaronder angststoornissen. Bekendheid met de DSM is onontbeerlijk in de ggz en scholing in de DSM maakt standaard deel uit van de opleidingen tot ggz-zorgverlener. In delen van de gezondheidszorg (huisartsen, ziekenhuizen) wordt de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) gehanteerd. De ICD-10 coderingen voor Psychische stoornissen zijn afleidbaar van DSM-5.

<sup>15</sup> De volgende instrumenten zijn beschikbaar: de Structured Clinical Interview voor de DSM-IV (SCID), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1 en de Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

<sup>16</sup> Module KOPP/KVO (in ontwikkeling, informatie op te vragen bij het Trimbos-instituut)



---

<sup>17</sup> Snoek e.a., 2012

<sup>18</sup> Schab, 2011

<sup>19</sup> Wetherell et al, 2009.

<sup>20</sup> James e.a., 2015 en Reynolds e.a., 2012

<sup>21</sup> James e.a., 2015

<sup>22</sup> Busch, 2015

<sup>23</sup> ADF stichting (2016). Achterbanraadpleging voor de zorgstandaard Angst

<sup>24</sup> Huber, 2014

<sup>25</sup> Zie voor meer informatie: <https://www.trimbos.nl/themas/herstelondersteunende-zorg>

<sup>26</sup> Feitelijk is de effectiviteit van dergelijke benaderingen vooral onderzocht voor mensen met diverse aanhoudende psychische aandoeningen. Of dergelijke methoden (even) effectief zijn voor mensen met een angststoornis in het bijzonder, is wetenschappelijk gezien nog de vraag. In de praktijk kan het zijn dat degelijke benaderingen te intensief zijn en de ontwikkeling van nieuwe, aangepaste benaderingen verdient aanbeveling.

<sup>27</sup> Zie Mors, 2016. Ook deze methodiek is niet speciaal voor mensen met angststoornissen ontwikkeld, maar zij maken wel deel uit van de doelgroep.

<sup>28</sup> <http://www.nvgzp.nl/wp-content/uploads/2016/02/16-02-12-model-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf>

<sup>29</sup> Veerbeek, 2014

<sup>30</sup> Overgenomen uit: Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz, februari 2016 (geautoriseerde versie).



Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGZ

*Netwerk voor goede zorg*