

Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz





Colofon

Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz

Redactie

Peter van Splunteren, Trimbos-instituut

Ina Boerema, Trimbos-instituut

Betty Steenkamer, Robuust

Marlene de Regt, ROS-netwerk

Omslagontwerp en opmaak binnenwerk

Ruth Bos | grafisch ontwerp

Deze uitgave is te downloaden via www.eerstelijns-ggz.nl

© 2012 Deze handleiding is opgebouwd uit voor een ieder beschikbare informatie.

Bij gebruik van de handleiding in publicaties graag vermelden “De Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz is een coproductie van het Trimbos-instituut en het ROS-netwerk”.

Handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz

1.	Inleiding	4
2.	Vragenlijsten	6
3.	Zorgpad Signaleren en Screenen	27
4.	Zorgpad Depressie	33
5.	Zorgpad Angststoornissen	50
6.	Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik	68
7.	Zorgpad Slaapproblemen	84
8.	Bijlagen	96
8.1	Registratiecodes	96
8.2	Lijst met afkortingen	96

Inleiding

Voor u ligt de handleiding bouwstenen zorgpaden basis ggz. De zorgpaden zijn ontwikkeld op basis van bestaande richtlijnen en beschikbare kennis om psychische problemen van mensen te diagnosticeren en te behandelen. Een uitgewerkt zorgpad moet antwoord geven op de vraag wie-doet-wat-wanneer-en-waarom als antwoord op de zorgvraag van de patiënt. De uitdaging voor de samenwerkende professionals in het veld is om de informatie uit de zorgpaden zo goed mogelijk in het eigen proces in te passen danwel het eigen proces te optimaliseren op basis van de kennis die beschikbaar is.

Voorgeschiedenis

Stichting Robuust – de regionale ondersteuningsorganisatie (ROS) voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Zuid-Nederland – heeft in 2009 bij de introductie van de praktijkondersteuner-ggz een modellenwegwijzer poh-ggz geïntroduceerd. Deze modellenwijzer was gebaseerd op patiëntenprofielen. Op de vraag uit het veld om de modellenwegwijzer te actualiseren heeft Robuust het Trimbos-instituut verzocht mee te werken aan de productie van een herziene uitgave.

Met aanvullende informatie uit een enquête over de modellenwegwijzer is een werkgroep aan de slag gegaan. In de werkgroep zaten vijf professionals uit de praktijk van de eerstelijns zorg: Mieke Bruggeman en Sylvia van Manen (kaderartsen ggz), Peter van den Elsen en Ton Mutsaars (poh-ggz) en Frank Verhulst (psycholoog). Peter van Splunteren en Ina Boerema van het Trimbos-instituut en Betty Steenkamer van Robuust maakten de werkgroep compleet. De werkgroep kon aan het werk dankzij een subsidie van zorgverzekeraars CZ en VGZ.

Met de input vanuit de werkgroep werden de patiëntenprofielen opnieuw beschreven in de vorm van zorgpaden. In een uitgave van Robuust verscheen de eerste Handleiding Bouwstenen Zorgpaden basis ggz medio 2012.

Hoe nu verder?

In de loop van 2012 zijn de samenwerkende ROS'en in het ROS-netwerk en het Trimbos met elkaar in het gesprek gegaan over de wens de Handleiding Bouwstenen Zorgpaden breed beschikbaar te stellen en verder te ontwikkelen.

De gezamenlijke uitgave zoals die nu voor u ligt, is een eerste uitwerking van de plannen.

In deze uitgave staan de volgende zorgpaden beschreven:

- het zorgpad Signaleren en Screenen;
- het zorgpad Depressie;
- het zorgpad Angststoornissen;
- het zorgpad Problematisch Alcoholgebruik;
- het zorgpad Slaapproblemen.

In de eerste maanden van 2013 worden het zorgpad SOLK en het zorgpad Burnout in de uitgave opgenomen. Daarnaast verkennen we mogelijkheden voor nieuwe zorgpaden bijvoorbeeld op het gebied van ADHD en chronische psychische aandoeningen.

Altijd up-to-date

Streven is de zorgpaden steeds zo actueel mogelijk te houden. Daar zit een belangrijke uitdaging voor de toekomst. Zo is het huidige zorgpad Depressie onder meer gebaseerd op een NHG standaard uit 2003. Op grond van de in mei 2012 verschenen herziene standaard zullen zeker aanpassingen van het zorgpad Depressie volgen, omdat in de NHG standaard ook aandacht is voor het beleid bij depressieve klachten. Voor doorlopende actualisatie zal zeker een beroep gedaan worden op de gebruikers van de handleiding. Een expertcommissie zal daarnaast de afweging moeten gaan maken welke nieuwe zaken op welke plaatsen in de handleidingen kunnen worden toegevoegd.

Het streven is tevens om de zorgpaden in het voorjaar van 2013 via het web aan te bieden. Een digitale omgeving maakt het instrument niet alleen beter toegankelijk, maar zal het technisch makkelijker maken het materiaal up-to-date te houden.

Gebruik van de handleiding

Elk zorgpad beschrijft per stap –signaleren, diagnose, behandelinterventies, nazorg/ terugvalpreventie– uit welke activiteiten de stap bestaat, en geeft daarnaast de vuistregels voor het uitvoeren van de stap, suggesties voor de te gebruiken vragenlijsten en de optimale behandelinterventies.

Veelgebruikte vragenlijsten in de eerstelijns zorg zijn in het volgende hoofdstuk opgenomen, inclusief de afkapscores en een korte handleiding voor het gebruik.

De zorgpaden zijn bedoeld als handreikingen of bouwstenen voor zorgpraktijken om hun zorgprocessen te optimaliseren. Zorggroepen of samenwerkingsverbanden in de eerste lijn kunnen de beschrijvingen gebruiken voor de organisatie van het eigen zorgproces. Een zorgpad is geen format. Het instrument geeft een basis om, gegeven beschikbare deskundigheid en capaciteit, eigen keuzen te maken die op onderdelen afwijken van de hier beschreven zorgpaden. Waar het om gaat is beredeneerd te kiezen voor het meest passende aanbod bij een hulpvraag van de patiënt en vervolgens om tijdens een periodieke evaluatie na te gaan of het aanbod een adequaat antwoord is op de hulpvraag.

Aan de slag?

We adviseren om elk zorgpad zorgvuldig te bespreken met de betrokken disciplines en afspraken te maken over wie welk onderdeel van het pad uitvoert en af te spreken in welke frequentie het MDO (multidisciplinair overleg) plaatsvindt.

Voor de mogelijkheden voor ondersteuning en procesbegeleiding bij het uitwerken van een zorgpad kunt u de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) in uw regio benaderen. Scholing in bepaalde interventies of het gebruik van vragenlijsten kan wenselijk zijn. Deze scholing kan integraal worden meegenomen in het ondersteuningsaanbod. De ROS'en en het Trimbos-instituut werken daarin samen met andere partners.

We wensen u veel wijsheid, een vleugje creativiteit en veel plezier bij het uitwerken van de zorgpaden in de regio.

Marlene de Regt
ROS-netwerk

Peter van Splunteren
Trimbos-instituut

2. Vragenlijsten

Vragenlijsten

2.1	Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)	8
2.2	Beck Depression Inventory (BDI)	14
2.3	Geriatric Depression Scale (GDS-15)	18
2.4	Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT	19
2.5	Audit-C (verkorte versie AUDIT)	21
2.6	Five Shot Test (FST)	22
2.7	Alcoholdagboek	23
2.8	Leefstijl anamnese vragenlijst	25
2.9	Beck Anxiety Inventory	25

2. Vragenlijsten

In deze sectie zijn de volgende vragenlijsten en instrumenten opgenomen.

1. 4DKL
2. BDI
3. GDS-15
4. AUDIT
5. AUDIT-C
6. Five Shot Test
7. Alcoholdagboek
8. Leefstijl Anamnese Vragenlijst
9. Beck Anxiety Inventory

2.1 Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Probleemverheldering

Dimensies: Disstress, depressie, angst, somatisatie

Aantal items: $16+6+12+16 = 50$

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring: zie tabel en toelichting bij 4DKL aantal punten per dimensie.

4DKL scoring

Puntentoekenning per antwoord

ANTWOORD	AANTAL PUNTEN
Nee	0
Soms	1
Regelmatig	2*
Vaak	2*
Heel vaak of voortdurend	2*

* Voor 'vaak' en 'heel vaak of voortdurend' worden geen extra punten toegekend om te corrigeren voor 'antwoordtendenties', de neiging om alles wat erger of juist minder erg voor te stellen. De somscores van de 4DKL worden daardoor vooral een afspiegeling van het aantal symptomen per symptoomdimensie waar de patiënt last van heeft.

ITEMS BIJ DISTRESS			
Distress (16)	Depressie (6)	Angst (12)	Somatisatie (16)
17	28	18	1
19	30	21	2
20	33	23	3
22	34	24	4
25	35	27	5
26	46	40	6
29		42	7
31		43	8
32		44	9
36		45	10
37		49	11
38		50	12
39			13
41			14
47			15
48			16

Organiseren en voorbereiden

Tijdsbeslag: 5-10 minuten.

Vorbereitung treffen

Kopie van de vragenlijst (papieren of digitale versie).

Ingeval de vragenlijst in de praktijk wordt ingevuld: zitplek en potlood of pen (papieren versie) of computer (digitale versie).

Organisatie in de praktijk

Zonder begeleiding, eventueel zorgverlener beschikbaar voor vragen van de patiënt:

- 1) Aan het eind van het consult meegeven – invullen op sociaal veilige plek (wachtkamer?) – in geval van papieren versie, inleveren bij assistente.
- 2) Meegeven naar huis met vastgelegde vervolgspraak om resultaat te bespreken.
- 3) Mailen naar de patiënt - die de ingevulde lijst retour mailt – met vastgelegde vervolgspraak om resultaat te bespreken.

Referentie: Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. Huisarts Wet 1996; 39(12): 538-47.

Vier Dimensionale KlachtenLijst (4DKL)

De volgende vragenlijst betreft verschillende klachten en verschijnselen die u mogelijk hebt. Het gaat steeds om klachten en verschijnselen die u **de afgelopen week (de afgelopen 7 dagen met vandaag erbij)** hebt ervaren. Klachten die u daarvoor wel had, maar de afgelopen week niet meer, tellen niet mee.

Wilt u per klacht aangeven hoe vaak u dit in de afgelopen week bij uzelf hebt opgemerkt door het hokje aan te kruisen dat staat voor het meest passende antwoord.

		nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
HEBT U DE AFGELOPEN WEEK LAST VAN:						
1.	duizeligheid of een licht gevoel in het hoofd?					
2.	pijnlijke spieren?					
3.	flauwvallen?					
4.	pijn in de nek?					
5.	pijn in de rug?					
6.	overmatige transpiratie?					
7.	hartkloppingen?					
8.	hoofdpijn?					
9.	een opgeblazen gevoel in de buik?					
10.	wazig zien of vlekken voor de ogen zien?					
11.	benauwdheid?					
12.	misselijkheid of een maag die 'van streek' is?					

		nee	soms	regelmatig	vaak	heel vaak of voortdurend
HEBT U DE AFGELOPEN WEEK LAST VAN:						
13.	pijn in de buik of maagstreek?					
14.	tintelingen in de vingers?					
15.	een drukkend of beklemmend gevoel op de borst?					
16.	pijn in de borst?					
17.	neerslachtigheid?					
18.	zomaar plotseling schrikken?					
19.	piekeren?					
20.	onrustig slapen?					
21.	onbestemde angstgevoelens?					
22.	lusteloosheid?					
23.	beven in gezelschap van andere mensen?					
24.	angst- of paniekaanvallen?					

		nee	soms	regel- matig	vaak	heel vaak of voort- durend
VOELT U ZICH DE AFGELOPEN WEEK:						
25.	gespannen?					
26.	snel geïrriteerd?					
27.	angstig?					

		nee	soms	regel- matig	vaak	heel vaak of voort- durend
HEBT U DE AFGELOPEN WEEK HET GEVOEL:						
28.	dat alles zinloos is?					
29.	dat u tot niets meer kunt komen?					
30.	dat het leven niet de moeite waard is?					
31.	dat u geen belangstelling meer kunt opbrengen voor de mensen en dingen om u heen?					
32.	dat u 't niet meer aankunt?					
33.	dat het beter zou zijn als u dood bent?					
34.	dat u nergens meer plezier in kunt hebben?					
35.	dat er geen uitweg is uit uw situatie?					
36.	dat u er niet meer tegenop kunt?					
37.	dat u nergens meer zin in hebt?					

		nee	soms	regel- matig	vaak	heel vaak of voort- durend
HEBT U DE AFGELOPEN WEEK:						
38.	moeite met helder denken?					
39.	moeite om in slaap te komen?					
40.	angst om alleen het huis uit te gaan?					

		nee	soms	regel- matig	vaak	heel vaak of voort- durend
BENT U DE AFGELOPEN WEEK:						
41.	snel emotioneel?					
42.	angstig voor iets waarvoor u helemaal niet bang zou hoeven te zijn? (bijvoorbeeld dieren, hoogten, kleine ruimten)					
43.	bang om te reizen in bussen, treinen of trams?					
44.	bang om in verlegenheid te raken in gezelschap van andere mensen?					
45.	hebt u de afgelopen week weleens een gevoel dat u door een onbekend gevaar bedreigd wordt?					
46.	denkt u de afgelopen week weleens "was ik maar dood"?					

		nee	soms	regel- matig	vaak	heel vaak of voort- durend
47.	schieten u de afgelopen week weleens beelden in gedachten over (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) die u hebt meegemaakt?					
48.	moet u de afgelopen week weleens uw best doen om gedachten of herinneringen aan (een) aangrijpende gebeurtenis(sen) van u af te zetten?					
49.	moet u de afgelopen week bepaalde plaatsen vermijden omdat u er angstig van wordt?					
50.	moet u de afgelopen week sommige handelingen een aantal keren herhalen voordat u iets anders kunt gaan doen?					

Een korte handleiding voor gebruik van de 4DKL (Berend Terluin, 2007)

Indicaties voor de 4DKL

De 4DKL kan worden gebruikt om (mogelijk) psychische klachten bij eerstelijnspatiënten in kaart te brengen, bijvoorbeeld in de volgende situaties:

- de patiënt geeft (eventueel na doorvragen) aan dat er psychische klachten zijn;
- de patiënt heeft lichamelijke klachten zonder duidelijke medische verklaring, terwijl psychische factoren een rol kunnen spelen (de 4DKL past prima in een tweesporenbeleid);
- evaluatie van het beloop van psychische klachten na verloop van een aantal (twee-zes) weken aanzien of behandelen.

Wat levert de 4DKL op?

De 4DKL beoogt:

- een globale inschatting te geven van de ernst van de problematiek (Distress score);
- het opsporen van angst- en depressieve stoornissen;
- het bespreekbaar maken van psychische factoren (bewustwording van de patiënt);
- het bieden van een gemeenschappelijke taal voor een gesprek over psychische problemen tussen patiënt en hulpverlener.

Wat meet de 4DKL?

1. Distress

Distress is indicatief voor de aanwezigheid van stress, ongeacht de oorzaak. Meestal betreft het psychosociale oorzaken zoals overbelasting, problemen en levensgebeurtenissen. Maar distress kan ook het gevolg zijn van een psychiatrische stoornis (bijvoorbeeld een angststoornis!), of een lichamelijk ziekteproces of intoxicatie (zeldzaam). Een verhoogde Distress score geeft in alle gevallen aan dat iemand moeite heeft om zijn normale niveau van functioneren te handhaven. De betrokkene weet meestal wel waardoor dat komt. Een interpretatie van de hulpverlener in de trant van 'Ik kan wel zien dat u het moeilijk heeft' wordt vrijwel altijd door de patiënt beaamd.

- Scores <11 zijn betrekkelijk normaal, aangezien spanningen bij het leven horen.
- Scores 11-20 wijzen op serieuze (stress) problematiek die het functioneren kan bedreigen.
- Scores 21-31 wijzen op een ernstig probleem. Er is sprake van (dreigende) overspanning of een psychiatrische stoornis (kijk ook naar de Depressie- en Angstscores!).

2. *Depressie*

De Depressieschaal meet specifieke symptomen van een depressieve stoornis en geeft daarmee een indicatie van de kans dat de patiënt een depressieve stoornis heeft. Hoe hoger de Depressiescore hoe groter de kans. Bij een hoge Depressiescore is ook altijd de Distressscore verhoogd.

- Scores <3 sluiten een depressieve stoornis praktisch uit.
- Scores 3-5 maken een depressieve stoornis niet direct aannemelijk maar sluiten deze ook niet helemaal uit. In veel gevallen kan worden volstaan met watchful waiting; wanneer na twee- vier weken het beeld niet opknapt, is het verstandig depressiediagnostiek te doen (zie onder).
- Scores 6-12 wijzen op een relatief sterk verhoogde kans op de aanwezigheid van een depressieve stoornis. Neem de NHG-Standaard Depressieve stoornis erbij om de diagnose te stellen en een specifieke behandeling met de patiënt te bespreken.

3. *Angst*

De Angstschaal meet abnormale angstverschijnselen die kenmerkend zijn voor verschillende angststoornissen en de Angstscore geeft daarmee een indicatie van de kans dat de patiënt een (of meer) angststoornis(sen) heeft. Hoe hoger de Angstscore hoe groter de kans. Bij een hoge Angstscore is ook altijd de Distressscore verhoogd.

- Scores <4 maken een angststoornis onwaarschijnlijk (met uitzondering van lichtere gevallen van de gegeneraliseerde angststoornis die vooral gekenmerkt wordt door chronisch piekeren. Let dus op de duur van de klachten).
- Scores 4-8 maken een angststoornis niet direct aannemelijk, maar sluiten deze ook niet helemaal uit. In veel gevallen kan worden volstaan met watchful waiting; wanneer na twee- vier weken het beeld niet opknapt, is het verstandig angstdiagnostiek te doen (zie onder).
- Scores 9-24 wijzen op een relatief sterk verhoogde kans op de aanwezigheid van één (of meer) angststoornis(sen). Neem de NHG-Standaard Angststoornissen erbij om de diagnose te stellen en een specifieke behandeling met de patiënt te bespreken.

4. *Somatisatie*

De Somatisatieschaal vraagt naar lichamelijke klachten waaraan in de regel geen organisch substraat ten grondslag ligt (let op, er kan natuurlijk wel iets lichamenlijk aan de hand zijn). Somatisatie is een normale lichamelijke reactie op stress, het heeft een belangrijke signaalfunctie. Als de klachten erg op de voorgrond treden kan dat ongerustheid opwekken wat op zijn beurt weer tot verergering van de klachten kan leiden. Hierdoor kan de patiënt extra gespitst raken op lichamelijke signalen. Mede door invloeden van de reactie van de omgeving (inclusief artsen!) kan 'somatische fixatie' ontstaan. Een bepaald soort (aangeboren of verworven) overgevoeligheid voor lichamelijke klachten ('sensitisatie') is vaak aanwezig bij mensen die vaak en veel last hebben van dit soort klachten.

- Scores <11 zijn betrekkelijk normaal, veroorzaakt door (gewone) stress die iedereen van tijd tot tijd meemaakt. Soms worden de klachten veroorzaakt door een lichamelijke aandoening als griep.
- Scores 11-20 kunnen wijzen op (onbedoelde) versterking van de klachten door ongerustheid en somatische fixatie.
- Scores 21-32 wijzen meestal op een serieus proces van 'sensitisatie' en somatische fixatie. Meestal is hierbij ook een verhoogde Distress score aanwezig.

Wijze van afnemen en scoren

Vraag de patiënt een 4DKL in te vullen om mogelijke psychische klachten in kaart te brengen. De patiënt kan dit na het consult in de wachtkamer doen of rustig thuis (dit kost gemiddeld vijf tot tien minuten). Laat de patiënt deze 4DKL bij de assistente inleveren en vraag de assistente om de lijst te scoren met behulp van het scoreformulier.

Elke vraag krijgt een score 0 (voor 'nee'), 1 (voor 'soms') of 2 (voor 'regelmatig', 'vaak' of 'heel vaak of voortdurend'). Voor 'vaak' en 'heel vaak of voortdurend' worden geen extra punten toegekend om te corrigeren voor 'antwoordtendenties'; de neiging om alles wat erger of juist minder erg voor te stellen. De somscores van de 4DKL worden daardoor vooral een afspiegeling van het aantal symptomen per symptoomdimensie waar de patiënt last van heeft.

Maak een (dubbele) vervolgspraak met de patiënt om de uitslag van de 4DKL te bespreken. Bespreek de scores en vertel de patiënt waar die scores voor (zouden kunnen) staan. Probeer samen met de patiënt erachter te komen wat de scores c.q. de klachten, betekenen. Des te meer zal de patiënt bereid zijn actief mee te werken aan de in overleg gekozen behandeling.

2.2 Beck Depression Inventory (BDI)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Ernst van de symptomen van de depressie

Aantal items: 21

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

AANTAL PUNTEN	
0-13	Geen of minimale depressie
14-19	Lichte depressie
20-28	Matige tot ernstige depressie
29-63	Ernstige depressie

Organiseren en voorbereiden

Tijdsbeslag: 5-10 minuten.

Vorbereiding treffen

Controleer of de patiënt moeite heeft om te lezen of te begrijpen. In dat geval de vragenlijst hardop voorlezen.

Organisatie in de praktijk

Zonder begeleiding, eventueel zorgverlener beschikbaar voor vragen van de patiënt: aan het eind van het spreekuur meegeven - invullen op de sociaal veilige plek (wachtkamer) - inleveren bij assistente of poh-ggz.

TOELICHTING

Deze vragenlijst meet de ernst van de symptomen van de depressie. De lijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bijelkaar staan (1 t/m 21). Leest u iedere groep aandachtig door. Kies dan bij elke groep die uitspraak die het best weergeeft hoe u zich **de afgelopen week, met vandaag erbij** gevoeld hebt. Schrijf het cijfer dat vóór de door u gekozen uitspraak staat, in het daartoe bestemde scorevakje (achter de uitspraken).

Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, kies dan het hoogste cijfer van elk van deze uitspraken en noteer deze in het scorevakje. Het is de bedoeling dat u aan het einde van elke pagina uw score optelt. Deze scores vormen tezamen uw eindscore.

Let er op dat u alle uitspraken van een bepaalde groep leest, voordat u uw keuze maakt.

1	0	Ik voel me niet verdrietig.	score: _____
	1	Ik voel me verdrietig.	
	2	Ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten.	
	3	Ik ben zó verdrietig of ongelukkig dat ik het niet meer kan verdragen.	
2	0	Ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst.	score: _____
	1	Ik ben moedeloos over de toekomst.	
	2	Ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te zien.	
	3	Ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is.	
3	0	Ik voel me geen mislukkeling.	score: _____
	1	Ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand.	
	2	Als ik op mijn leven terugkijk zie ik alleen maar een hoop mislukkingen.	
	3	Ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben.	
4	0	Ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger.	score: _____
	1	Ik geniet niet meer zo als vroeger.	
	2	Ik vind nergens nog echte bevrediging in.	
	3	Ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend.	
5	0	Ik voel me niet bijzonder schuldig.	score: _____
	1	Ik voel me vaak schuldig.	
	2	Ik voel me meestal schuldig.	
	3	Ik voel me voortdurend schuldig.	

6	0 1 2 3	Ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word. Ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden. Ik verwacht dat ik gestraft zal worden. Ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word.	score: _____
7	0 1 2 3	Ik voel me niet teleurgesteld in mezelf. Ik ben teleurgesteld in mezelf. Ik walg van mezelf. Ik haat mezelf.	score: _____
8	0 1 2 3	Ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders. Ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten. Ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken. Ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt.	score: _____
9	0 1 2 3	Ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken. Ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen. Ik zou een eind aan mijn leven willen maken. Ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg.	score: _____
10	0 1 2 3	Ik huil niet meer dan normaal. Ik huil nu meer dan vroeger. Ik huil nu voortdurend. Ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het wel.	score: _____
11	0 1 2 3	Ik erger me niet meer dan anders. Ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger. Ik erger me tegenwoordig voortdurend. Ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik me vroeger ergerde.	score: _____
12	0 1 2 3	Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren. Ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren. Ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren.	score: _____
13	0 1 2 3	Ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger. Ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger. Ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen. Ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen.	score: _____
14	0 1 2 3	Ik heb niet het gevoel dat ik minder goed uitzie dan vroeger. Ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie. Ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie. Ik geloof dat ik er lelijk uitzie.	score: _____

15	0 1 2 3	Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger. Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen. Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen. Ik ben tot helemaal niets meer in staat.	score: _____	
16	0 1 2 3	Ik slaap even goed als anders. Ik slaap niet zo goed als vroeger. Ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen. Ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen.	score: _____	
17	0 1 2 3	Ik word niet sneller moe dan anders. Ik word eerder moe dan vroeger. Ik word moe van bijna alles wat ik doe. Ik ben te moe om ook maar iets te doen.	score: _____	
18	0 1 2 3	Ik heb niet minder eetlust dan anders. Ik heb minder eetlust dan vroeger. Ik heb veel minder eetlust dan vroeger. Ik heb helemaal geen eetlust meer.	score: _____	
19	0 1 2 3	Ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd. Ik ben meer dan 2 kilo afgevallen. Ik ben meer dan 4 kilo afgevallen. Ik ben meer dan 6 kilo afgevallen.	Ik probeer af te vallen door minder te eten. Ja/nee: Zo ja, vul dan hiernaast een 0 in	score: _____
20	0 1 2 3	Ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders. Ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijvoorbeeld als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, als ik last heb van verstopping et cetera. Ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denken. Ik maak me zóveel zorgen over mijn lichamelijke problemen, dat ik aan niets anders meer kan denken.	score: _____	
21	0 1 2 3	Ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor seks. Ik heb minder belangstelling voor seks dan vroeger. Ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor seks. Ik heb mijn belangstelling voor seks helemaal verloren.	score: _____	

Instructie: Tel nu de scores van de pagina 's bij elkaar op en vul uw eindscore hier in: _____

Referentie: An Inventory for Measuring Depression / 1961 / A.T. Beck, C.H. Ward, M. Mendelson, J. Mock, J. Erbaugh/
Archives of General Psychiatry. vol 4 pp 53-63

2.3 Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Inschatten van de bestaan/ernst van depressie (geen diagnose)

Aantal items: 15

Doelgroep: Ouderen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

AANTAL PUNTEN	
0-4	Normaal
5-8	Milde depressie
9-11	Matige depressie
12-15	Ernstige depressie

Organiseren en voorbereiden

Tijdsbeslag: 5-10 minuten

Vorbereitung treffen

Kopie van de vragenlijst en potlood of pen en rustige zitplek (stoel en eventueel tafel).

Referentie: Vertaling: J.A.C. Bleeker, M.L. Frohn de Winter, E. Cornelissen (1985).

TOELICHTING

Deze vragenlijst bestaat uit vragen waarop u met 'Ja' of 'Nee' kunt antwoorden.
Het is de bedoeling dat u de vragen leest en bedenkt welk antwoord u hierop zult geven.

U geeft het antwoord dat het best weergeeft hoe u zich **de afgelopen week, met vandaag erbij**, gevoeld heeft. Om het door u gekozen antwoord zet u dan een cirkeltje.

Om uw score te bepalen: kruis het vakje helemaal rechts aan, als uw antwoord gelijk is aan het antwoord dat er links van staat

1	Bent u, over het algemeen tevreden over uw leven?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Nee
2	Bent u opgehouden met veel van uw interesses en activiteiten?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
3	Hebt u het gevoel dat uw leven leeg is?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
4	Verveelt u zich vaak?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
5	Hebt u meestal een goed humeur?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Nee
6	Bent u bang dat u iets naars zal overkomen?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
7	Voelt u zich meestal gelukkig?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Nee
8	Voelt u zich vaak hopeloos?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
9	Blijft u liever thuis, dan dat u uitgaat en nieuwe dingen doet?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
10	Hebt u het gevoel, dat u meer moeite met het geheugen heeft dan anderen?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
11	Vindt u het fijn om te leven?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Nee
12	Voelt u zich op dit ogenblik nogal waardeloos?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
13	Voelt u zich energiek?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Nee
14	Hebt u het gevoel dat uw situatie hopeloos is?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja
15	Denkt u dat de meeste mensen het beter hebben dan u?	Ja	Nee	<input type="checkbox"/> Ja

Tel het aantal kruisjes, ofwel tel het aantal antwoorden dat hetzelfde is, en noteer dat hiernaast.

totaal: _____

2.4 Alcohol Use Disorder Identification Test- AUDIT

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Probleemverheldering problematisch alcoholgebruik

Dimensies: problemen met alcohol

Aantal items: 10

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

AANTAL PUNTEN	
0-7	Laag risico
8-15	Risico, gevaarlijk
16-19	Hoog risico op schade en afhankelijkheid
=>20	Zeer hoog risico: schadelijk en waarschijnlijk afhankelijk

Referentie:

- The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care via www.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- DKB-pakket: www.ggz.artsenet.nl/125/11519/Problematisch%20alcoholgebruik.pdf?PHPSESSID=47ce9f8986c98c769cb1812ea955c073

TOELICHTING

Vul a.u.b. zorgvuldig in:

plaats een kruisje bij uw antwoord, ook als u denkt dat het niet noodzakelijk is.

Wanneer hieronder gesproken wordt van “standaardeenheid” wordt daarmee bedoeld een glas dat ongeveer 12 gram alcohol bevat. Voor bier is dat een glas van 25cc, voor wijn een glas van 12cc en voor gedestilleerde dranken een glas van 5cc.

		Nooit	Maandelijks of minder	1 keer per week of minder	2 à 3 keer per week	4 keer per week of meer
1	Hoe vaak drinkt u alcohol?					

		1 of 2	3 of 4	5 of 6	7 tot 9	10 of meer
2	Wanneer u drinkt, hoeveel standardeenheden drinkt u dan gewoonlijk per dag?					

		Nooit	Minder dan maandelijks	Maandelijks	Wekelijks	Dagelijks of bijna dagelijks
3	Hoe vaak gebeurt het dat u zes of meer standardeenheden drinkt bij één enkele gelegenheid?					
4	Hoe vaak had u het afgelopen jaar het gevoel dat u, zodra u begon, niet meer kon stoppen met drinken?					
5	Hoe vaak bent u er, door uw drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van u verwacht werd?					
6	Hoe vaak hebt u het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om uzelf er weer bovenop te helpen nadat u zwaar was doorgesakt?					
7	Hoe vaak hebt u het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat u gedronken had?					
8	Hoe vaak kon u het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond daarvoor of vorige avond niet herinneren omdat u gedronken had?					
9	Raakte u zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van uw drinkgedrag?					
10	Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over uw drinken of u aangeraden minder te drinken?					

In deze sectie beoordeling door de zorgverlener

Aantal punten voor antwoord in de kolom	0	1	2	3	4
Tel aantal antwoorden (kruisjes) per kolom					
Bereken aantal punten X aantal antwoorden					
Totaal: optellen van kolomtotalen					

2.5 Audit-C (verkorte versie AUDIT)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Probleemverheldering problematisch alcoholgebruik

Dimensies: problemen met alcohol

Aantal items: 3

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK	
Mannen	> 4 punten
Vrouwen	> 2 punten

AUDIT-C (MET SCORES, MAXIMUM SCORE = 12 PUNTEN)		
1. HOE VAAK DRINKT U ALCOHOLISCHE DRANKEN?		
0		nooit
1		1 keer per maand of minder
2		2-4 keer per maand
3		2-3 keer per week
4		4 of meer keer per week
2. HOEVEEL GLAZEN ALCOHOLISCHE DRANK GEBRUIKT U OP EEN TYPISCHE DAG WAAROP U ALCOHOL DRINKT?		
0		1 of 2
1		3 of 4
2		5 of 6
3		7 tot 9
4		10 of meer
3. HOE VAAK DRINKT U 6 OF MEER GLAZEN ALCOHOLISCHE DRANKEN OP EEN GELEGENHEID?		
0		nooit
1		1 keer per maand of minder
2		2-4 keer per maand
3		2-3 keer per week
4		4 of meer keer per week

_____ totaal

2.6 Five Shot Test (FST)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Monitoring problematisch alcoholgebruik

Aantal items: 5

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

AANTAL PUNTEN	
>= 2,5	vermoeden van continuering problematisch alcoholgebruik.

Referentie:

- NHG-standaard (www.artsennet.nl/upload/104/standaarden/M10/std.htm)

FIVE SHOT TEST (MET SCORES)		
1. HOE VAAK DRINKT U ALCOHOLISCHE DRANKEN?		
0		nooit
0,5		1 keer per maand of minder
1		2-4 keer per maand
1,5		2-3 keer per week
2		4 of meer keer per week
2. HOEVEEL GLAZEN ALCOHOLISCHE DRANK GEBRUIKT U OP EEN TYPISCHE DAG WAAROP U ALCOHOL DRINKT?		
0		1 of 2
0,5		3 of 4
1		5 of 6
1,5		7 tot 9
2		10 of meer
3. HEBT U ZICH OOIET GEËRGERD AAN MENSEN DIE OPMERKINGEN MAAKTEN OVER UW DRINGGEWOONTEN?		
0		Nee
1		Ja
4. HEBT U ZICH OOIET SCHULDIG GEVOELD OVER UW DRINGGEWOONTEN?		
0		Nee
1		Ja
5. HEBT U OOIET 'S OCHTENDS ALCOHOL GEDRONKEN OM DE KATER TE VERDRIJVEN?		
0		Nee
1		Ja

_____ totaal

2.7 Alcoholdagboek

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Inventarisatie van werkelijk alcoholgebruik; inzicht verkrijgen.

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Organiseren en voorbereiden

Vorbereiding treffen:

Kopie van het dagboek.

Organisatie in de praktijk

Neem circa vijf minuten om het instrument met de patiënt door te nemen. Daarna kunt u het instrument meegeven aan patiënt om gedurende een afgesproken periode thuis in te vullen. Plan direct een vervolgspraak.

Scholing

NHG Programma voor Individuele Nascholing (PIN) Problematisch alcoholgebruik.

Referentie: NHG-patiëntenbrief

Alcoholdagboek

Versiedatum: januari 2007

Bij een bepaalde vraag, klacht of ziekte kan de huisarts of praktijkmedewerker deze brief aan u meegeven. Deze informatie is niet bedoeld om een gesprek met de huisarts te vervangen. Uw gezondheidssituatie kan anders zijn dan hier wordt beschreven.

Drinkgewoonten

In Nederland drinkt tachtig procent van de mensen regelmatig alcohol. Sommigen drinken te veel. Maar hoeveel is te veel? En hoeveel drinkt u zelf? Wanneer u dit echt wilt weten, kunt u het beste een 'alcoholdagboek' bijhouden. U schrijft op hoeveel u per dag heeft gedronken. Na één of twee weken weet u hoeveel u drinkt. Wilt u ook weten hoe u tot die hoeveelheid komt? Schrijf dan ook op in welke situaties u drinkt en hoe u zich dan voelt. Dan begrijpt u uw drinkgewoontes beter. Vooral als u aan het minderen bent, kan het helpen zo'n alcoholdagboek bij te houden. Daarmee ziet u direct hoe het minderen gaat en welke momenten voor u nog moeilijk zijn. Dan kunt u zich op deze momenten voorbereiden.

In deze brief staat een voorbeeld van een alcoholdagboek. Hier volgen enkele instructies:

- Maak, voordat u het dagboek gaat invullen, een aantal kopieën.
- Vul iedere dag uw alcoholgebruik in, dus ook als u geen alcohol heeft gedronken (0 glazen).
- Noteer de datum en de tijd(en) waarop u gedronken heeft.
- Schrijf op waar u op dat moment was en met wie.
- Noteer in wat voor stemming u was op het moment dat u ging drinken (bijvoorbeeld vrolijk, ontspannen of juist gespannen, onzeker, moe, verdrietig of met pijn).

- Vul dan het aantal glazen in. In één standaardglas bier (250cc) zit ongeveer evenveel alcohol als in een standaardglas wijn (100cc) of in een standaardglaasje voor sterke drank (35cc). U hoeft dus alleen het aantal glazen te tellen om te berekenen hoeveel alcohol u drinkt. Als u het aantal niet precies weet, schrijf dan op hoeveel het ongeveer waren en zet er een vraagteken achter.

Advies

Aangeraden wordt niet meer dan één à twee glazen per dag te drinken. Om te voorkomen dat het drinken een gewoonte wordt, is het verstandig tenminste twee dagen per week niet te drinken.

Hoe gaat het verder?

Aan de hand van het dagboek kunt u zien hoeveel u drinkt, wanneer, waar en met wie. Wanneer u te veel drinkt of wanneer u verder wilt praten over uw drinkgewoonten, kom dan op het spreekuur. Neem het ingevulde dagboek mee. Aan de hand van uw aantekeningen wordt vaak duidelijk hoe het drinken tot een gewoonte is geworden en hoe u die gewoonte kunt veranderen. Als u aan het minderen bent, kunnen we u ondersteunen en begeleiden. De kans dat u slaagt is dan groter.

Heeft u nog vragen?

Als u na het lezen van deze brief nog vragen heeft, kunt u daar bij een volgend contact op terugkomen.

DAG	DATUM	TIJD	WAAR/MET WIE	GEVOEL/STEMMING	AANTAL GLAZEN
maandag					
dinsdag					
woensdag					
donderdag					
vrijdag					
zaterdag					
zondag					
					TOTAAL:
<i>bijvoorbeeld:</i>					
<i>vrijdag</i>	<i>29 juni</i>	<i>17.00-19.00</i>	<i>café, met collega's</i>	<i>moe, ontspannen</i>	<i>5 glazen</i>

Meer informatie over dit en andere onderwerpen is te vinden op www.thuisarts.nl.

2.8 Leefstijl anamnese vragenlijst

De psychosociale anamnese: niet klachtgebonden, psychosociale informatie over de patiënt:

- Werk, beroep: hoe gaat dat? relatie met collega's, superieuren en ondergeschikten? toekomst?
- Opleidingsniveau, huidig onderwijs.
- Relatie, partner, kinderen.
- Burgerlijke staat? werkt partner, wat? leeftijd, geslacht? problemen? seksueel leven?
- Woonomstandigheden .
- Ouders, broers, zussen: (werk, gezondheid, welbevinden) onderlinge relaties.
- Vrije tijd.
- Religie, levensbeschouwing.
- Zorgen (gezondheid; kinderen; baan; geld enz.).
- Life events (biografische anamnese) indien deze nu nog meespelen.

2.9 Beck Anxiety Inventory

(Angst – niet gevalideerde Nederlandse versie)

Voor welke problematiek?

Doel instrument: Monitoring angststoornissen

Aantal items: 21

Doelgroep: Volwassenen

Hoe te gebruiken?

Invullen door: Patiënt

Interpretatie van de scoring

De BAI heeft een maximum score van 63.

AANTAL PUNTEN	
0-7	Minimaal niveau van angst
8-15	Mild niveau van angst
16-25	Gematigd niveau van angst
26-63	Ernstig niveau van angst

BAI Vragenlijst

Hieronder staat een lijst met veel voorkomende symptomen van angst. Leest u alstublieft elk item in deze lijst zorgvuldig door. Geef voor elk symptoom aan in welke mate u er de afgelopen week, inclusief vandaag, last van heeft gehad. Dit kunt u doen door het getal te omcirkelen dat het best op u van toepassing is.

		totaal niet	een beetje	nogal	heel erg
1.	Doof gevoel of tintelingen	0	1	2	3
2.	Het warm hebben	0	1	2	3
3.	Trillerig in de benen	0	1	2	3
4.	Niet in staat zijn om te ontspannen	0	1	2	3
5.	Bang zijn dat het ergste gebeurt	0	1	2	3
6.	Duizelig of licht in het hoofd	0	1	2	3
7.	Bonzen van het hart of een snelle hartslag	0	1	2	3
8.	Wankel	0	1	2	3
9.	Doodsbang	0	1	2	3
10.	Zenuwachtig	0	1	2	3
11.	Het gevoel te stikken	0	1	2	3
12.	Trillende handen	0	1	2	3
13.	Beverig	0	1	2	3
14.	Angst om de controle te verliezen	0	1	2	3
15.	Moeite met ademen	0	1	2	3
16.	Angst om dood te gaan	0	1	2	3
17.	Bang	0	1	2	3
18.	Maagklachten of een pijnlijk gevoel in de onderbuik	0	1	2	3
19.	Je slap voelen	0	1	2	3
20.	Warm gezicht	0	1	2	3
21.	Zweten (niet door warmte)	0	1	2	3

3. Zorgpad Signaleren en Screenen

Signaleren en screenen van psychische klachten

—	Inleiding	29
	1. Signaleren en screenen met SCEGS	29
	1.1 Monitoring	31
	1.2 Samenwerken	31
	2. Zorgpad	32

Inleiding

Dit zorgpad gaat over signaleren en screenen van psychische klachten. Doel hiervan is de patiënt een passende vervolgstap te bieden, bestaande uit probleemverheldering en gerichte diagnostiek, verwijzing (indien noodzakelijk), en behandeling. De hulp wordt gegeven langs twee dimensies: volgens het stepped care principe en volgens het matched care principe. Dat betekent niet meer hulp dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.

In het kader van presentatie van (lichamelijke) klachten, waarbij de huisarts of de poh-ggz het vermoeden heeft dat er psychische problemen spelen, kan 'SCEGS' ingezet worden om emoties, cognities en dergelijke te bespreken in het licht van de klacht.

Het blijkt dat patiënten zich beter begrepen voelen als de huisarts of poh-ggz in het kader van de klachten daarop doorvraagt en daarna specifiek ingaat op klachten over bijvoorbeeld angst, somberheid, alcoholgebruik. Vervolgens is het advies de 4DKL of de AUDIT-C mee te geven of door de patiënt ter plekke te laten invullen.

1. Signaleren en screenen met SCEGS¹

Het toepassen van SCEGS heeft al een effect op de patiënt en zijn/haar ideeën en gevoelens met betrekking tot de klachten.

Deel het consult in drie fasen:

1. exploreren; hieronder valt ook de diagnostiek in engere zin;
2. informeren;
3. plannen maken.

Exploreren

Het exploreren vormt de basis voor de andere twee fasen van het consult. De huisarts probeert tijdens deze fase een zo gedetailleerd mogelijk beeld te vormen van de klachten van de patiënt en van zijn verwachting over de hulpverlening.

Verwachtingen, cognities, vermijding en omgevingsfactoren dienen dan ook zo expliciet mogelijk aan de orde te komen. Dit is de klinische betekenis van het hanteren van het biopsychosociaal model. Het acroniem SCEGS biedt een handvat voor deze fase.

Uitleg SCEGS

De S staat voor somatisch.

Het uitdiepen van de klachten met behulp van de speciale anamnese en gericht op lichamelijk onderzoek. De huisarts kan zich hierdoor een goed beeld vormen en de patiënt voelt zich serieus genomen. Pas als de patiënt ervan overtuigd is, dat de huisarts zijn klachten goed begrepen heeft, ontstaat er ruimte om ook andere aspecten van de klachten, zoals cognities, te bespreken.

De C staat voor cognitief.

Wat ziet de patiënt als verklaring voor zijn klachten, heeft hij zelf ideeën over een mogelijke

¹ Het SCEGS model is ontwikkeld door Henriëtte van der Horst en Nettie Blankenstein voor de NHG.

oorzaak? Ziet hij zichzelf als iemand die vatbaar is voor ziektes, denkt hij dat bepaald gedrag ziektebevorderend is of de klachten verergert? Hoe denkt de patiënt dat het beloop van de klachten zal zijn? Welke verwachtingen heeft hij van de arts?

Als de eigen ideeën van de patiënt over de klachten en hun oorzaak niet aan bod komen in de exploratieve fase, dan is de kans groot dat de 'alternatieve' uitleg die de arts over de klachten geeft, niet aanslaat.

De E staat voor emotioneel.

Wat doet de klacht met iemand? Wordt hij er wanhopig, moedeloos of juist opstandig van? Is hij erg ongerust over de klachten? Waarover maakt hij zich dan precies ongerust? Emoties rond de klachten, maar ook catastroferende gedachten ('deze pijn gaat nooit meer over!') kunnen een negatieve invloed op het klachtenbeloop hebben zonder dat patiënt of huisarts zich dit bewust zijn.

De G staat voor gedragsmatig.

Wat doet iemand als hij klachten heeft? En helpt dat of juist niet? Zijn er activiteiten die achterwege gelaten worden sinds er klachten zijn of toen de klachten toenamen? Welke activiteiten? Wat is de reden om ze achterwege te laten? Denkt de patiënt dat ze schadelijk zijn, of heeft hij ook daadwerkelijk gemerkt dat ze de klachten verergeren?

De tweede S staat voor sociaal.

Welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht? Hoe reageert de omgeving erop? Bezorgd? Overbezorgd? Negatief? Hoe gaat het op het werk en thuis? Kan de patiënt nog werken met de klachten, naar tevredenheid functioneren in allerlei opzichten? Overbezorgdheid kan er toe leiden dat mensen meer ziektegedrag en vermijdingsgedrag vertonen dan nodig is. Onverschilligheid kan er toe leiden dat de klachten met meer kracht gebracht moeten worden om de gewenste aandacht te krijgen, met als onvermijdelijk gevolg dat ze ook als ernstiger ervaren worden.

Deze psychosociale informatie wordt meestal niet spontaan door de patiënt gegeven. De huisarts zal in deze fase actief naar de vijf elementen van SCEGS vragen. De volgorde waarin de vijf aspecten van de klacht aan de orde komen, is niet belangrijk. Alleen naar het somatische aspect kan de arts het best vroeg in het consult doorvragen, omdat dit aansluit bij de verwachtingen waarmee de patiënt het spreekuur bezoekt.

Hierbij past goed het laten invullen van de 4DKL of de AUDIT-C. De vragenlijsten staan weergegeven in een aparte sectie.

Op basis van de exploratie kan informatie worden gegeven over mogelijke oorzaken van de klachten en kan in overleg met de patiënt een plan worden gemaakt voor nadere diagnostiek en behandeling.

Tips voor de te gebruiken gesprekstechnieken tijdens de explorerende fase:

- actief luisteren; actief doorvragen;
- stimuleren in woord en gebaar; papagaaien;
- verhelderen; wat bedoelt u met...;
- ordenen; samenvatten en structureren.

Volg afhankelijk van de uitkomst van het gesprek met de SCEGS en de uitkomst van de 4DKL of AUDIT-C het desbetreffende zorgpad.

Verwijs gericht door

- Bij (vermoeden van) ernstige psychische klachten (suïcidale gedachten, psychotische stoornissen, ernstige cognitieve stoornissen, verslaving, ontwikkelingsstoornissen, ernstige depressie en angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen) verwijs direct door naar gespecialiseerde ggz.
- Bij psychosociale problemen die een luxerende dan wel onderhoudende rol spelen bij de problematiek verwijs dan door naar AMW. Het gaat vaak om financiële problemen, opvoedingsproblemen, gezinsproblemen.
- Verwijs naar de poh-ggz wanneer verdere probleemverheldering gewenst is of bij vermoeden van milde tot matige klachten;
- Verwijs naar de ELP wanneer gericht psychische diagnostiek nodig lijkt en/of sprake is van milde tot matige klachten.

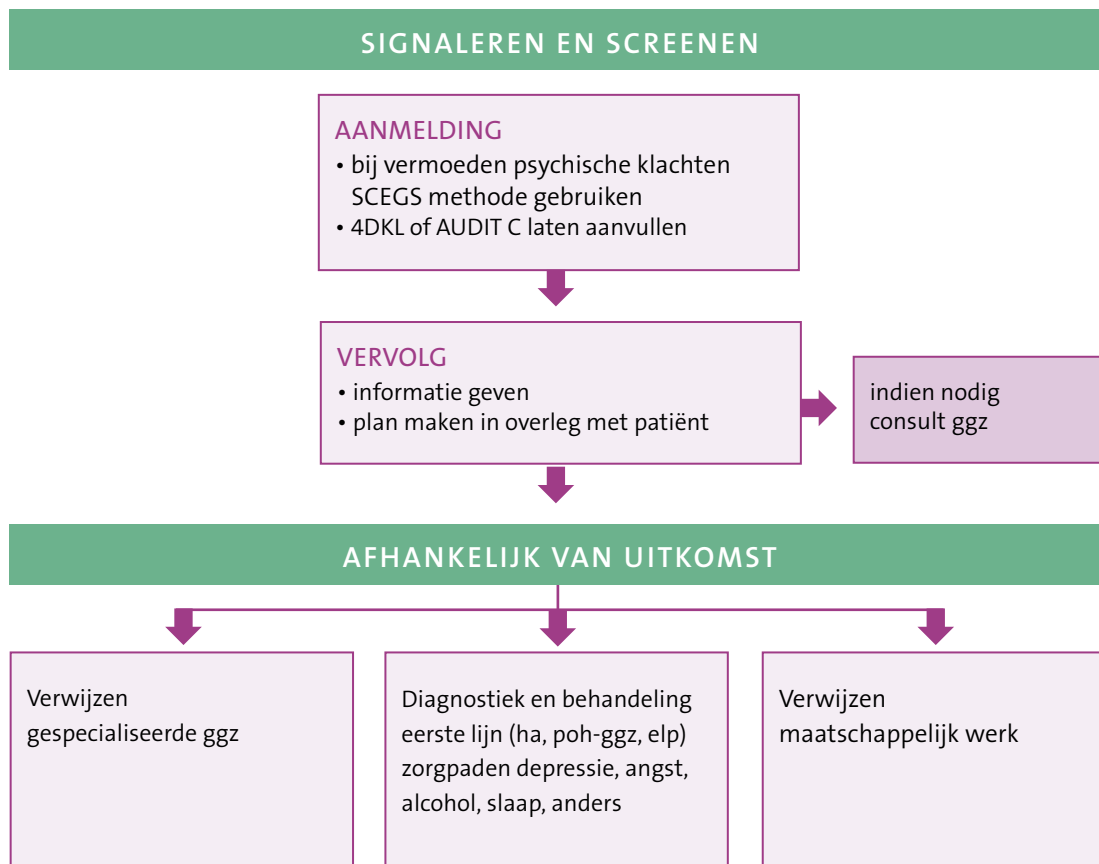
1.1 Monitoring

In alle gevallen is het aan te bevelen het klachtenbeloop periodiek – afhankelijk van problematiek eenmaal in de zes weken-drie maanden – te monitoren met behulp van een vragenlijst (4DKL, BDI).

1.2 Samenwerken

Goed op elkaar afgestemde, integrale zorgverlening, vereist dat disciplines goed met elkaar samenwerken. Samenwerken vraagt om een gedeelde visie op goede patiëntenzorg, een serie afspraken over wat dat betekent in de praktijk en ervoor zorgen dat gemaakte afspraken ook worden nagekomen. Een KetenInformatieSysteem (KIS) kan daarbij een goed hulpmiddel zijn.

2. Zorgpad



4. Depressie

Depressie

	Inleiding	35
1.	Afbakening	35
2.	(Vroeg) Herkennen van klachten en risicofactoren	36
3.	Screenen en diagnose stellen	38
3.1	Screenen en gebruik van vragenlijsten	38
3.2	Diagnose	38
3.3	Symptomen en ernstbepaling	39
4.	Behandelonderdelen	41
5.	Behandelinterventies	43
5.1	Basisinterventies	43
5.2	Minimale interventies	43
5.3	Psychologische behandeling	44
5.4	Farmacotherapie	46
6.	Zorgpad	48
7.	Bijlage	49

Inleiding

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad. Depressie kan vanzelf herstellen. Dit gebeurt bij de helft van alle mensen met een depressie binnen drie maanden. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt, duurt het herstel gemiddeld zes maanden. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Bij ongeveer de helft van alle mensen met een depressie komt de aandoening na verloop van tijd terug.

Lichte en matige vormen van depressie zijn goed te behandelen in de eerste lijn. Net als bij de behandeling van andere psychische aandoeningen, zoals angststoornissen, staat de stepped care methode centraal. Dat wil zeggen: lichte interventies waar het kan, intensievere behandeling waar het moet, gevolgd door periodieke evaluatie. Lichte interventies zijn begeleide (e-health) zelfhulp, kortdurende behandeling en basisinterventies, zoals running therapie en leefstijladvies.

Bij matige en ernstige depressies is psychotherapie de voorkeursbehandeling, zo nodig gecombineerd met medicatie.

1. Afbakening

Het profiel is gericht op volwassenen vanaf achttien jaar met depressieve klachten. De screening en behandeling van lichte tot matige vormen van depressie kan goed plaatsvinden in de eerste lijn. Daarvoor worden instrumenten voor screening en behandelinterventies beschreven. Bij ernstige depressieve klachten is sprake van ernstige interferentie met het sociale en/of beroepsmatig functioneren. Wanneer er sprake is van (vermoeden van) ernstige depressie is behandeling door gespecialiseerde ggz aangewezen.

De behandeling van depressieve klachten is gebaseerd op de update van de multidisciplinaire richtlijn Depressie (Trimbos-instituut, 2010) en de NHG standaard (2003).

2. (Vroeg) Herkennen van klachten en risicofactoren

Vroege herkenning en aanpak van depressieve klachten kan verergering en mogelijke verdieping tot depressie voorkomen. Naast een alerte houding op vóórkomen van risicofactoren en signalen kan vroege onderkenning bevorderd worden door het screenen van cliënten op symptomen van een depressie. De aanpak van depressieve klachten vraagt versterking van beschermende factoren en vergroting van zelfredzaamheid. Dat kan door het inzetten van begeleiding gericht op het versterken van vaardigheden, zingeving, eigenwaarde en het versterken van het sociale netwerk.

Bij mensen met onderstaande risicofactoren komt depressie meer dan gemiddeld voor. De lijst is niet uitputtend.

PERSOONSGEBONDEN FACTOREN
Kinderen van ouders met een depressie.
Persoonskenmerken (ernstige geremdheid, geringe zelfwaardering, slecht kunnen omgaan met tegenslag en kritiek).
Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis.
Weinig zelfsturend gedrag.
Aanwezigheid van langdurige angststoornissen.
Eerdere depressies.
Sociaal demografische kenmerken (vrouwen, laag opleidingsniveau).
LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID
Hormonale afwijkingen aan de schildklier of bijnier.
Hormonale schommelingen na zwangerschap.
Chronisch lichamelijke ziekte (parkinson, dementie, systeemziekten, diabetes).
Na hartinfarct of CVA.
Gebruik van sommige medicijnen.
Andere psychische aandoening.
Alcohol- en druggebruik.
SOCIALE RELATIES, WERK EN GEZINSSITUATIE
Gebrek aan sociale steun; alleenstaanden, gescheiden mensen.
Zorg voor zieke partner (mantelzorg).
Werkstress.
Werkeloosheid.
Ouderen in verpleeg-/verzorgingshuis.
KOPP kinderen (ouders met psychiatrische problemen).

LEVENSGEBEURTENISSEN

(Psycho) traumatische jeugdervaringen; (seksuele) mishandeling, emotionele verwaarlozing.

(Psycho) traumatische gebeurtenissen bij volwassenen.

Stressvolle levensgebeurtenissen.

Migratie problematiek (heimwee, discriminatie, integratieproblemen).

3. Screenen en diagnose stellen

3.1 Screenen en gebruik van vragenlijsten

Bij het vermoeden van een depressieve stemming volgt in de regel afname van een screeningsvragenlijst (de 4DKL: Vier Dimensionale Klachtenlijst) en een gesprek over de klachten en de situatie van de cliënt. De NHG standaard beveelt geen instrumenten aan. De richtlijn beveelt een aantal screeningsinstrumenten aan maar spreekt geen voorkeur uit. De werkgroep kiest voor het gebruik van de 4DKL.

Screenen

Volwassenen

4DKL: zelfinvullijst die distress, depressieve klachten, angst en somatisatie meet en waarmee gemonitord kan worden hoe deze klachten zich over de tijd ontwikkelen.

De verkorte 4DKL meet de mate van distress. Deze bestaat uit vragen over piekeren (19), gespannenheid (25) en lusteloosheid (22). Deze worden gescoord met nee (nul punten), soms (één punt) of vaak/heel vaak/voortdurend (twee punten). Bij vier of meer punten wijst dit op matig verhoogde distress.

Ouderen

GDS 15 en GDS 30 (Geriatrische Depressie Schaal); Zelfinvullijst voor ouderen. Bestaat uit verschillende versies; de dertig-vragen versie en de vijftien-vragen versie zijn beide valide en betrouwbaar.

3.2 Diagnose

Het stellen van een diagnose wordt bij voorkeur gedaan door de huisarts of psycholoog. Eventueel kan voor diagnose bij ernstige klachten direct contact worden opgenomen met een gespecialiseerde ggz. Voorafgaand aan de diagnose heeft (vaak) een screening gesprek plaatsgevonden.

De diagnostiek wordt uitgevoerd volgens de NHG standaard / DSM IV. Deze hanteren beide identieke criteria en zijn dus inwisselbaar. De diagnostiek bestaat bij voorkeur uit een gesprek waarin gevraagd wordt naar het voorkomen van de onderstaande lijst met symptomen. Daarmee is de mate en ernst van de depressie te bepalen. De ernstbepaling vindt bij voorkeur ook plaats door het in kaart brengen van:

- algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarin;
- mate van subjectief lijden;
- aantal symptomen;
- psychotische kenmerken, suïcidaliteit;
- duur van de depressie, stagnatie in herstel/recidivering;
- comorbiditeit;
- opsporen van luxerende en in stand houdende psychosociale factoren.

3.3 Symptomen en ernstbepaling

SYMPTOMEN EN ERNST
<p>KERNSYMPTOMEN: ZEKER TWEE AANEENGESLOTEN WEKEN, HET GROOTSTE DEEL VAN DE DAG AANWEZIG</p> <ul style="list-style-type: none">• Depressieve stemming.• Duidelijk vermindering van plezier.
<p>ANDERE SYMPTOMEN</p> <ul style="list-style-type: none">• Gewichtsverandering.• Slapeloosheid of overmatig slapen.• Agitatie of remming.• Moeheid of verlies van energie.• Besluiteloosheid of concentratieproblemen.• Gevoelens van waardeloosheid.• Buitensporige of onterechte schuldgevoelens.• Terugkerende gedachten aan de dood, suicide of suicidepoging.• Verminderde interesse.
<p>Wanneer één of beide kernsymptomen aanwezig zijn en in totaal minimaal vijf van de negen andere symptomen, is verder onderzoek op depressie met gebruik van de BDI voor bepaling van ernst aangewezen.</p>
<p>ERNSTMETING</p> <p>Beck Depression Inventory (BDI), bestaat uit 21 vragen en meet de ernst van een depressie. De Beck Depression Inventory (BDI I of II) geeft een eindscore voor de mogelijke aanwezigheid van depressie, oftewel een schatting van de ernst van depressie. Ook wordt een score gegeven op drie dimensies van depressie: affectief, cognitief en somatisch.</p> <p>De BDI II is niet gratis te downloaden, de BDI I is wel gratis te gebruiken.</p> <p>De volledige BDI I is opgenomen in de sectie met meetinstrumenten.</p>

Onderscheiden van klachten

Maak onderscheid tussen bipolaire stoornissen. Vraag goed door naar eerdere manische, hypomanische of gemengde episodes. Bij twijfel, raadpleeg een psychiater.

Depressieve klachten zijn soms moeilijk te onderscheiden van andere klachten zoals:

- stressgerelateerde stoornissen (spanning, overspanning, burnout);
- angststoornissen;
- psychotische stoornissen;
- stemmingsstoornissen door geneesmiddelen;
- relatie met somatische aandoeningen;
- aanpassingsproblemen naar aanleiding van een herkenbare stressveroorzakende gebeurtenis, korter dan drie maanden na het begin van deze gebeurtenis (en de stoornis voldoet niet aan de criteria van een andere psychische stoornis);
- rouwreactie: de stemming is gelijk aan een depressieve episode. Indien de rouwepisode lang na het overlijden voortduurt of ernstige vormen aanneemt, dan dient gedacht te worden aan een depressie.

Vier vormen van depressie

Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier vormen van depressiviteit:

1. lichte depressie, eerste episode korter dan drie maanden;
2. lichte depressie, langer dan drie maanden (vijf symptomen);
3. matig/ernstige depressie, eerste episode (zes-negen symptomen);
4. matige/ernstige depressie, recidief (zes-negen symptomen).

Minder symptomen of een kortere tijd van somberheid kunnen duiden op een normale 'dip' in het leven.

Sociale omgeving

Het is van belang ook de partner en eventueel familieleden van de patiënt te betrekken. Zij kunnen informatie geven over het gedrag van de cliënt en over de aanwezigheid van depressie in de familie, en/of ondersteuning bieden bij de preventie- en behandelinterventies. Het betrekken van de sociale omgeving gebeurt altijd in overleg met de patiënt.

Proces

De inschatting van de aanwezigheid van een depressie is gebaseerd op:

- klinische inschatting van de zorgverlener/arts;
- klachten van de patiënt;
- resultaten van afname van een instrument.

4. Behandelonderdelen

Afhankelijk van de ernst van de depressieve klachten worden interventies ingezet (zie ook hoofdstuk 6).

Monitoring

Monitoren voortgang tijdens behandeling; eens in de zes weken met de Beck Depression Inventory (BDI).

0. PREVENTIEF

- keuze uit (online) zelfhulp- en/of groepsinterventies;
- leefstijladvies.

1. LICHT KLACHTEN, EERSTE EPISODE KORTER DAN DRIE MAANDEN

- basisinterventies (actief volgen, psycho-educatie);
- optioneel toevoegen andere interventies (keuze uit): bibliotherapie, fysieke inspanning, zoals running therapie, zelfhulp, e-health interventies, activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies;
- monitoren, behandel-evaluatie na zes weken.

2. LICHT, EERSTE EPISODE LANGER DAN DRIE MAANDEN, BESTAAND OF RECIDIEF

- basisinterventies (actief volgen, psycho-educatie);
- aanvullend keuze uit interventies: bibliotherapie, fysieke inspanning, zoals running therapie, zelfhulp, zelfmanagement, e-health interventies, activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies;
- keuze uit psychologische behandeling: Problem Solving Therapy (PST) en Kort Durende Behandeling (KDB) op basis van cognitieve gedragstherapie;
- monitoren, behandel-evaluatie na zes weken.

Geen respons: voortzetten psychologische behandeling (PST/KDB)

- Monitoren, behandel-evaluatie na zes weken.

Geen respons: doorverwijzen naar specialistische (psychologische en/of psychiatrische) cognitieve psychologische behandeling (Cognitieve Gedragstherapie (CGT), Cognitieve therapie (CT), Inter-persoonlijke psychotherapie (IPT), Kortdurende psychodynamische therapie (KPT).

- vier maanden monitoren, één keer per zes-acht weken.

Geen respons: in overleg met cliënt starten andere psychotherapie en/of starten met farmacotherapie, in combinatie met ondersteunende gesprekken (combinatietherapie).

Geen respons: zorgpad matig/ernstig

Bij alle stappen: bij voldoende respons starten met re-integratie en terugvalpreventie.

3. MATIG TOT ERNSTIGE KLACHTEN, EERSTE EPISODE

- basisinterventies;
- in overleg met cliënt toevoegen: bibliotherapie, fysieke inspanning, zoals running therapie, zelfhulp, zelfmanagement, e-health interventies, activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies;
- in overleg met cliënt keuze uit psychotherapie (CGT, GT, IPT, kortdurende psychotherapie) of farmacotherapie met ondersteunende gesprekken (combinatietherapie).
- vier maanden monitoren, één keer per zes-acht weken.

Geen respons: starten of doorverwijzen naar specialistische (psychologische en/of psychiatrische) behandeling.

Bij alle stappen: bij voldoende respons starten met re-integratie en terugvalpreventie.

4. MATIG TOT ERNSTIGE KLACHTEN, RECIDIEF

- basisinterventies;
- in overleg met cliënt toevoegen: bibliotherapie, fysieke inspanning, zoals running therapie, zelfhulp, zelfmanagement, e-health interventies, activerende begeleiding, counseling, psychosociale interventies;
- in overleg met cliënt keuze uit psychotherapie of combinatiebehandeling (farmacotherapie en psychologische behandeling).
- vier maanden monitoren, één keer per zes-acht weken.

Na vier maanden geen respons: andere psychologische behandeling, andere dosis farmacotherapie, andere combinatiebehandeling.

Na vier maanden geen respons: doorverwijzen naar specialistische (psychologische en/of psychiatrische) behandeling.

Bij alle stappen: bij voldoende respons starten met re-integratie en terugvalpreventie.

5. Behandelinterventies

5.1 Basisinterventies

Psycho-educatie

Bestaat uit herhaalde, gestructureerde voorlichting; kan zowel in groepsvorm als individueel.

Doelen:

- informatie ziektebeeld, diagnostiek en behandel mogelijkheden;
- komen tot een weloverwogen behandelingsovereenkomst;
- bevorderen van begrip van en inzicht in het ziektebeeld bij de patiënt en diens omgeving;
- bevorderen van acceptatie van ziekte en kwetsbaarheid bij patiënt en diens omgeving;
- bevorderen van de therapietrouw van de patiënt.

Actief volgen

Actief volgen is een interventie waarin de hulpverlener de toestand van de patiënt nauwkeurig volgt op basis van veranderingen. Er is sprake van periodiek actief monitoren van de symptomen van de patiënt. Actief volgen bestaat uit een gesprek met de patiënt, waarin het dagelijks functioneren van de patiënt beoordeeld wordt en een BDI/GDS15 afgenomen wordt in een frequentie van eens in de zes weken. Op basis hiervan vindt een evaluatie van het behandelbeleid plaats. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kunnen naast de patiënt, ook partner, familieleden en vrienden betrokken worden. Actief volgen wordt vaak in de combinatie met psycho-educatie aangeboden. De aanbevolen frequentie is eens in de zes weken.

5.2 Minimale interventies

Bibliotherapie

Vorm van therapie door zelfstudie. Er wordt een gestandaardiseerde psychologische behandeling aangeboden in de vorm van een zelfhulp cursus die zelfstandig, eventueel met beperkte begeleiding, kan worden uitgevoerd. Het materiaal kan schriftelijk zijn, maar ook beschikbaar worden gesteld via andere media zoals internet, cd-rom, televisie of video.

OVERZICHT VAN ZELFHULPINTERVENTIES

Jeugdigen

- Groeps cursus 'Grip op je dip': zelf je somberheid overwinnen
- Groeps cursus 'Head up'
- Internet cursus 'Grip op je dip online'

Voor volwassenen

- Groeps cursus 'In de put, uit de put'
- Groeps cursus 'Lichte dagen, donkere dagen voor allochtonen'
- Internet cursus 'Alles onder controle'
- Internet cursus 'Kleur je leven'
- 'Beating the Blues' →



Voor ouderen

- Groepscurcus 'In de put, uit de put 55+'
- Groepscurcus 'De verhalen die we leven'
- Groepscurcus 'Op zoek naar zin'
- Internetcurcus 'Kleur je leven'

Indien er gekozen wordt om zelfhulpinterventies in te zetten, dan is het van belang dat de patiënt in contact blijft met de zorgverlener om het effect van de interventie te evalueren en te bespreken of andere interventies nodig zijn.

Interventies op het gebied van leefstijl

Naast zelfhulpinterventies bestaat er een aantal (groeps)curcussen op het gebied van leefstijl en bewegen. Het gaat hier om het voorschrijven en adviezen geven over eet-, beweeg- en slaappatroon. Het is algemeen bekend dat een gezonde leefstijl en regelmatig bewegen een gunstig effect hebben op het beloop van een depressie.

Activerende Begeleiding

Deze behandeling wordt verdeeld in drie trajecten:

a. Begeleidende gesprekken

Dit traject richt zich op structurering en leefstijladviezen met het doel om de depressieve klachten beter te leren hanteren.

b. Praktische hulp

Hierbij werkt men aan het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies aan controle over belastende omstandigheden (zoals de verzorging van het gezin, financiële problemen, lichamelijke ziekte of psychosociale klachten). Praktische hulp wordt ook ingezet bij psychosociale luxerende en/of factoren die dat in stand houden.

c. Counseling

Dit is een intensieve vorm van individuele begeleiding gericht op zelfinzicht, het accepteren en optimaal omgaan met levensvraagstukken, levensomstandigheden en probleemoplossingen.

Fysieke inspanning

Deze behandeling kan worden onderverdeeld in drie categorieën:

- running therapie: gericht op uithoudingsvermogen;
- fysieke training: zoals wandelen en krachttraining;
- relaxatie: ontspanningsoefeningen.

5.3 Psychologische behandeling

Psychologische interventies (doorverwijzen naar eerstelijnspsycholoog of andere gekwalificeerde behandelaar), keuze uit:

Kortdurende behandeling (KDB)/ Problem Solving Therapy (PST)

Behandeling waarbij met behulp van een beperkte inzet van therapeutische middelen, via een zich snel ontwikkelende werkrelatie, de competentie van de patiënt in het omgaan met problemen en in

het gebruiken van sociale steun zodanig wordt bevorderd of hersteld, dat hij of zij in staat is weer richting aan het eigen leven te geven. Doel is om meer en verbeterde controle over de klacht te verkrijgen. De behandeling richt zich op het hier en nu. Een belangrijk kenmerk is de snelle start.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een combinatie van twee vormen van psychotherapie: cognitieve therapie en gedragstherapie. Bij CGT gaat het om het beïnvloeden van gedrag en emoties door middel van het beïnvloeden van gedrag in combinatie met het beïnvloeden van (negatief) denken over het gedrag. Cognitieve gedragstherapie richt zich, met andere woorden, op het gedrag en de negatieve gedachten die de problemen in stand houden. CGT is onder meer effectief bij angsten, depressie, verslaving en eetstoornissen.

Gedragstherapie (GT)

Gedragstherapie is een vorm van therapie met als doel ongewenste gedragingen en emoties te doen verdwijnen of te veranderen, door de prikkel hiervan te koppelen aan ander, constructiever gedrag. Het is een techniek om op een opbouwende wijze gedrag te veranderen. Gedragstherapie wordt veelvuldig toegepast bij fobieën, zoals niet de straat op durven of bij dwangstoornissen, zoals smetvrees, en zogenaamde impulsstoornissen, zoals het dwangmatig uittrekken van haren en eetstoornissen. Vaak is het een onderdeel van een bredere therapeutische aanpak, waarbij ook gesprekstherapie en directieve therapie worden toegepast.

Interpersoonlijke therapie (IPT)

IPT gaat uit van het idee dat veranderingen in belangrijke relaties een depressie kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. In de therapie wordt onderzocht hoe de contacten met belangrijke anderen in de omgeving verlopen. Daarna wordt gekeken hoe deze contacten bijdragen aan het ontstaan, of in stand houden van de depressieve gevoelens. Bijvoorbeeld wanneer iemand het moeilijk vindt om conflicten aan te gaan en zijn mening uit te spreken. Hierdoor kunnen mensen zich steeds meer gaan ergeren en/of terugtrekken uit contacten. Isolatie en depressieve gevoelens kunnen daardoor verergeren. Rouw, rolverandering, tekort aan sociale contacten en ontwikkelingsmoeilijkheden zijn andere aandachtsgebieden van IPT.

Kortdurende psychodynamische therapie (KPT)

De psychodynamica beschouwt mensen als een complex geheel aan bewuste en onbewuste drijfveren die in sommige gevallen kunnen botsen. Gedurende de psychodynamische therapie wordt getracht contact te maken met de onbewuste processen waarbij de therapeut zijn patiënt begeleidt bij zijn oplossingsvermogen. De therapie richt zich op veranderingen die aanleiding waren voor de klachten of deze in stand houden. Het gekozen focus bepaalt of de bespreking van de problematiek plaats vindt op niveau van:

- a) symptomen en coping;
- b) interpersoonlijk functioneren;
- c) intrapersoonlijk functioneren.

Mede afhankelijk van de persoonlijkheidsontwikkeling kunnen de interventies meer psycho-educatief en steunend van aard zijn, of meer gericht op het verwerven van inzicht.

5.4 Farmacotherapie

De keuze van een antidepressivum bij de behandeling van een depressie geschiedt op basis van de ernst van de aandoening, terwijl daarnaast andere factoren, zoals comorbiditeit, bijwerkingen en de prijs, een rol meespelen. Er zijn voldoende bewijzen uit de wetenschappelijke onderzoeken dat antidepressiva alleen bij matige tot ernstige depressies een bewezen en klinisch relevante werkzaamheid hebben. Bij lichte en matige depressies die in de huisartsenpraktijk het meest worden gezien, is farmacotherapie niet aangewezen.

Bij ambulant behandelde cliënten met depressieve klachten wordt onderscheid gemaakt tussen de eerste lijn en de tweede lijn.

Eerste lijn

Voorkeur voor SSRI of TCA, afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, en potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de cliënt. Vanwege de iets lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een lichte voorkeur als eerste keuze middel. Bij de keuze voor het een of het ander kan meespelen:

- SSRI bij voorkeur niet bij cliënten met maag- en darmbloeding in de voorgeschiedenis of (chronisch) NSAID gebruik. Of bij cliënten met psychotrope comorbiditeit in verband met hoog risico op serotonine syndroom.
- Bij gewichtstoename komt ook fluoxetine in aanmerking.
- Agomelatine als antidepressivum heeft geen aangetoonde voordelen boven andere antidepressiva. Het middel helpt bij verstoring van slaap-waak ritme. Nadelen zijn dat de werkzaamheid bij ouderen niet is aangetoond en dat tijdens de behandeling controle van levertransaminasen is aangewezen. Daarnaast wordt het middel, in tegenstelling tot wat de fabrikant aangeeft, niet volledig vergoed door de zorgverzekeraars.

Tweede lijn

- Voor de tweede lijn wordt geen voorkeur aangegeven: een behandeling kan gestart worden met een TCA, een SSRI, SNRI, mirtazapine of bupropion.

De keuze van een antidepressivum dient mede gebaseerd te zijn op individuele cliëntfactoren zoals (in willekeurige volgorde):

- comorbide psychische stoornissen, bijvoorbeeld SSRI bij cliënten met ook een angststoornis, een obsessief-compulsieve stoornis of boulimia nervosa;
- een eventueel ander beoogd effect, bijvoorbeeld extra beïnvloeding van het slaappatroon met trazodon of mirtazapine;
- comorbide somatische aandoeningen, die kunnen gelden als eventuele contra-indicatie;
- eerdere positieve respons op een bepaald antidepressivum, dat dan opnieuw toegepast kan worden;
- positieve respons van een eerstegraads familielid op een bepaald antidepressivum, dat dan ook bij de betreffende cliënt toegepast kan worden. Individuele verschillen in risico's op bijwerkingen;
- mogelijke interacties, zoals bij SSRI's bij comedatie van ontstekingsremmers (NSAID's) een verhoogd risico op maagdarmbloedingen en bij psychotrope comedatie op een serotoninesyndroom (in verband met interacties);
- de wens van de cliënt.

Ook andere factoren kunnen een rol spelen zoals:

- vergoeding van het antidepressivum;
- ervaring van de behandelaar met het antidepressivum.

Bijwerkingen

- het is niet altijd duidelijk of een symptoom een bijwerking is of een symptoom van de depressie is;
- reeds bestaande suïcidegedachten kunnen sterker worden bij start van de antidepressiva;
- bij SSRI staan klachten als misselijkheid/braken en seksuele functiestoornissen op de voorgrond;
- voorts kan er sprake zijn van een toename van angst- en spanningsklachten, met name de eerste week van de behandeling en bij verhoging van de dosis. Dan kan overwogen worden voor korte tijd een benzodiazepine voor te schrijven;
- bij TCA komen vooral droge mond, verstopping, hartkloppingen, slaperigheid, duizeligheid, transpireren en moeilijk plassen als bijwerkingen voor. Verder kan er een risico op cardiovasculaire complicaties ontstaan. Nortriptyline vormt hierop een uitzondering.

Farmacotherapie wordt uitgevoerd door een gekwalificeerde arts.

ALARMSIGNALEN BIJ GEBRUIK MEDICATIE
Oververhitting.
Lage bloeddruk.
Problemen met de ademhaling.
Sufheid.

Overweeg bij farmacotherapie altijd aanvulling met een vorm van psychologische behandeling en/of doorverwijzing naar gespecialiseerde professionele hulp.

Als de cliënt een keuze heeft voor of medicamenteuze behandeling of psychologische behandeling dan heeft psychologische behandeling de voorkeur.

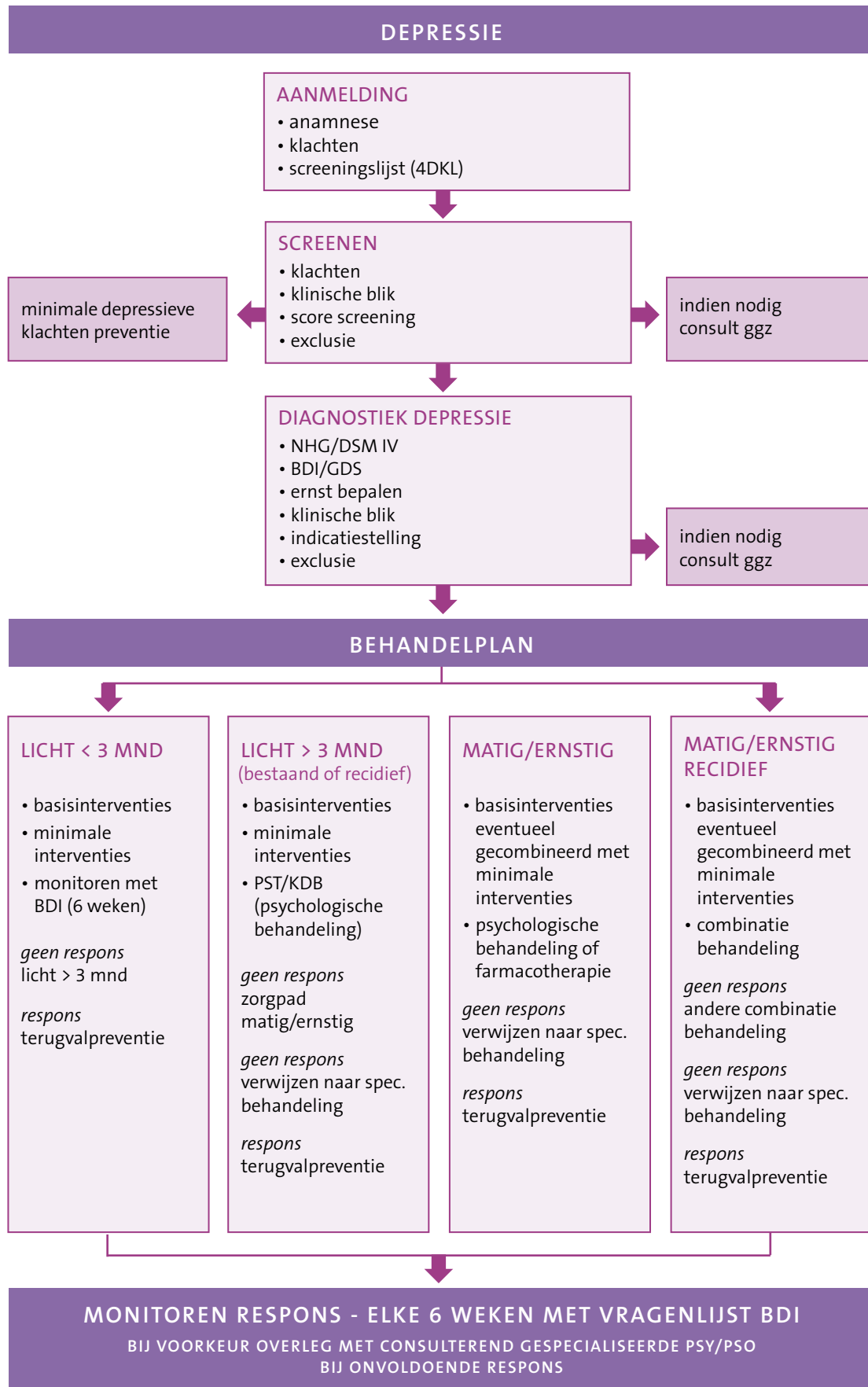
Combinatietherapie

Farmacotherapie in combinatie met in elk geval ondersteunende gesprekken en/of psychologische behandeling.

Monitoren en terugvalpreventie

Re-integratie traject inzetten en monitoring met behulp van BDI en gesprekken.

6. Zorgpad



7. Bijlage

Over depressie

Van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65 jaar heeft 18,7% ooit in het leven met een depressieve stoornis te kampen gehad. Hiervan behoort 17,2% tot de werkende bevolking. Bijna een kwart (24,3%) van de vrouwen heeft ooit in het leven een depressieve stoornis gehad, tegenover 13,1% van de mannen. Per jaar krijgt ongeveer 5,2% van de volwassen Nederlandse bevolking tot 65jaar een depressieve stoornis (mannen 4,1%, vrouwen 6,3%). In totaal hebben jaarlijks ongeveer 546.500 inwoners van Nederland een depressieve stoornis.

Gevolgen

Depressies kunnen zeer ingrijpende gevolgen hebben voor de persoon en hun omgeving. Naast het psychisch lijden en de beperkingen in het sociale leven van de cliënt, hebben depressies vaak grote gevolgen voor relaties. Partners kunnen overbelast worden of de relatie met de kinderen raakt mogelijk verstoord. De depressie kan ook leiden tot een toenemend isolement. Maatschappelijk gezien kan er sprake zijn van ziekteverzuim, verlies van werk of (gedeeltelijke) arbeidsongeschiktheid met bijkomende financiële gevolgen. In het ergste geval kunnen mensen met een ernstige depressie suïcidepogingen doen of daadwerkelijk suïcide plegen. Depressie is de meest voorkomende reden van zelfmoord.

Een depressieve cliënt heeft vaak te kampen met onbegrip of zelfs negatieve reacties uit zijn of haar omgeving, die de depressie soms ziet als 'aanstellerij' of 'zwakheid', wat uiteraard gevoelens van schaamte en falen versterkt. Niet alleen degene die een depressie heeft lijdt daaronder, maar ook diens partner en kinderen.

Beloop

Depressie kan vanzelf herstellen. Dit gebeurt bij de helft van alle mensen met een depressie binnen drie maanden. Bij mensen bij wie een depressie langer duurt, herstelt deze na gemiddeld zes maanden. Dit kan komen door spontaan herstel of door behandeling. Bij ongeveer de helft van alle mensen met een depressie komt de aandoening na verloop van tijd terug. Het risico op een volgende depressie is afhankelijk van het aantal eerdere episoden en de kans op een volgende depressie stijgt bij drie eerdere episoden tot zo'n 80%. Een terugkerende depressie kan in de vorm van langere of kortere episodes gedurende (vele) jaren of zelfs een leven lang zijn. Het kan gaan om lichte tot ernstige depressieve episodes. De episodes van somberheid kunnen elkaar afwisselen met episodes waarin mensen minder of helemaal niet depressief zijn. Er zijn ook mensen die voortdurend depressief zijn. Dit gebeurt bij ongeveer 15% - 20% van de mensen en wordt 'chronische depressie' genoemd, wat wil zeggen dat de klachten langer dan twee jaar aanwezig zijn. Bij terugkerende depressies bestaat er steeds een kans dat de depressie uiteindelijk een chronische vorm aanneemt.



5. Angststoornissen

Angststoornissen

—	Inleiding	53
1.	Afbakening	53
2.	(Vroeg) Herkennen van klachten en risicofactoren	54
3.	Screenen en diagnose stellen	56
3.1	Screenen	56
3.2	Diagnose	56
3.3	Ernstbepaling	57
4.	Behandelen	59
4.1	Lichte angststoornis	59
4.2	Milde/matige angststoornis	59
4.3	Ernstige angststoornis	60
5.	Behandelinterventies	61
5.1	Basisinterventies	61
5.2	Begeleidende zelfhulp	61
5.3	Kortdurende psychologische behandeling	63
5.4	Applied Relaxation/ontspanningsinterventie	64
5.5	Additionele interventie	64
5.6	Farmacotherapie	64
6.	Zorgpad	65
7.	Bijlage	66

Inleiding

Angststoornissen komen veel voor bij de Nederlandse bevolking. Jaarlijks krijgt 8,4% van de Nederlanders last van problemen met angst en 14,5% van de Nederlanders heeft ooit een angststoornis gehad. De individuele ziektelast van iemand die last heeft van een angststoornis is hoog, angststoornissen hebben een negatieve impact op het dagelijkse leven en veroorzaken hoge maatschappelijke kosten als gevolg van ziekteverzuim en ziektekosten.

De term angststoornis is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (abnormale of pathologische angst) die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het dagelijks functioneren. Een angststoornis verdwijnt meestal niet vanzelf. Er zijn zeven angststoornissen te onderscheiden. Een korte beschrijving per stoornis vindt u in de bijlage, pagina 16.

In de herziene versie van de Standaard Angst wordt naast angststoornissen ook gesproken over angstklachten. Angstklachten zijn klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt en die gerelateerd zijn aan als dreigend ervaren problemen. Deze klachten zijn meestal van voorbijgaande aard, het kan helpen een patiënt met angstklachten te verwijzen naar een internetcursus of preventieve cursus.

1. Afbakening

Het zorgpad Angststoornissen is gericht op volwassenen vanaf 18 jaar met angstproblematiek. Problemen met angst worden in de eerste lijn vaak niet goed onderkend, er is sprake van onderdiagnostiek. Vandaar het belang van vroegsignalering en screening, waardoor een passende behandeling kan worden geboden en verergering van de klachten kan worden voorkomen. Net als bij depressie staat de stepped care methode centraal bij angstproblematiek gevolgd door periodieke evaluatie en aangevuld met psycho-educatie. Lichte interventies zijn begeleide zelfhulp, kortdurende behandeling en applied relaxation. Bij ernstige vormen van angst zijn cognitieve gedragstherapie of antidepressie medicatie aangewezen behandelvormen. De screening en behandeling van lichte tot matige angststoornissen kunnen goed plaatsvinden in de eerste lijn. Daarvoor worden instrumenten en behandelinterventies beschreven.

Bij ernstige angstklachten is sprake van ernstige interferentie met het sociale en/of beroepsmatig functioneren. Andere factoren die de ernst van de angststoornis bepalen zijn:

- Er is sprake van comorbiditeit (met een andere angststoornis, een depressieve stoornis, somatische aandoeningen, door drugsgebruik of door gebruik antidepressiva).
- De angststoornis reageert na minimaal zes weken en maximaal achttien weken niet of onvoldoende op een eerste stap interventie.

Wanneer er sprake is van (vermoeden van) ernstige angststoornissen – en in ieder geval bij posttraumatische stressstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis – is behandeling bij gespecialiseerde ggz aangewezen.

2. (Vroeg) Herkennen van klachten en risicofactoren

Angstproblemen komen vaak voor. De prognose verbetert door een passende behandeling. Vroege herkenning en aanpak van angst kan verergering en mogelijk verdieping van de klachten voorkomen. Naast een alerte houding op vóórkomen van risicofactoren en signalen kan vroege onderkenning bevorderd worden door het screenen van cliënten op symptomen van een angststoornis.

Mensen met angstklachten of een angststoornis vertellen niet altijd meteen over hun angst uit schaamte. Ook hebben patiënten niet altijd het idee dat ze met angstklachten bij de huisarts terecht kunnen. Het kan hierdoor lastig zijn angst te herkennen. Mensen geven soms andere klachten aan en verbergen hun klachten, bewust of onbewust, of de angst wordt beleefd als een somatische aandoening. Omdat de patiënt zijn of haar angsten niet altijd zelf aankaart, moeten hulpverleners moeite doen om deze boven tafel te krijgen.

SYMPTOMEN WAARBIJ U AAN EEN ANGSTSTOORNIS MOET DENKEN
Frequent spreekuurbezoek voor wisselende klachten.
Aanhoudende specifieke klachten, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, slaapproblemen.
Chronische (somatische klachten), met name: hart- en vaatziekten, artritis, astma, maagzweer.
Hyperventilatie klachten.
Mijden van specifieke situaties.
Aanhoudende functionele lichamelijke klachten, zoals vage buikklachten, hoofdpijn, vermoeidheid en onverklaarde duizeligheidsklachten en hartkloppingen.
Alcohol- of drugsproblemen.
Depressie.

De volgende risicofactoren voor het ontstaan van een angststoornis zijn bekend. De lijst is niet uitputtend.

RISICOFACTOREN ANGSTSTOORNIS
Biologische factoren (predisposities) zoals erfelijke aanleg en temperament (geremd gedrag: de neiging om in onbekende situaties, met onbekende mensen en objecten, met angst, verlegenheid en vermijding te reageren).
Als onderdeel van organische aandoeningen, zoals hersenbeschadigingen, dementie.
Het niet goed verlopen van opvoedings- en hechtingsprocessen. Met name een angstig of afwerende gehechtheid.
Overmatig beschermende, overheersende of kritische opvoedstijlen.
Verstoorde cognitieve processen bij de ontwikkeling en het in stand houden van een angststoornis.

Stress en levensgebeurtenissen (life events): zoals een echtscheiding, ziekte, ziekte of dood van een familielid, verhuizing, ontslag, ongelukken tot relatief kleine negatieve ervaringen (tandarts).
Aanwezigheid van een angststoornis bij één van de ouders (ook voorbeeldgedrag ofwel modeling van inadequaar copinggedrag zoals belonen angst- of vermijdingsgedrag).
Angstgevoeligheid (de neiging om symptomen van angst als schadelijk te interpreteren) en walginggevoeligheid. Walginggevoeligheid kan spelen bij verschillende fobieën zoals spinfobie en bloedfobie.
Eenzaamheid.
Weinig zelfsturend gedrag (externe locus of control).
Lage sociaal economische status (laag inkomen, lage opleiding).
Overmatig geneesmiddelen-, alcohol- of drugsgebruik.
Comorbiditeit met depressie en/of verslavingsproblematiek.
Wanen en hallucinaties.
Persoonlijkheidsstoornissen.

3. Screenen en diagnose stellen

Bij het vermoeden van een angststoornis wordt een aantal vragen gesteld en wordt daarnaast gebruikgemaakt van een screeningsinstrument om het vermoeden te toetsen. De screening wordt in de regel uitgevoerd door huisarts, poh-ggz of eerstelijnspsycholoog (ELP). Wanneer een andere discipline angstklachten vermoedt verwijst hij naar de poh-ggz of de huisarts.

Wanneer er een vermoeden is van een angststoornis kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- *Voelt u zich gespannen of angstig?*
- *Hebt u beklemmende gedachten?*
- *Maakt u zich veel zorgen?*
- *Hebt u onbestemde angstgevoelens?*
- *Vinden u en uw naasten de angst of bezorgdheid reëel?*
- *Kunt u uw angstgevoelens begrijpen?*
- *Belemmeren de gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?*

Bij specifieke lichamelijke klachten wordt met een gerichte anamnese nagegaan of een somatische aandoening waarschijnlijk is.

3.1 Screenen

Is er sprake van angstklachten met 'normale' angst als gevolg van een als dreigend ervaren probleem dan is voorlichting, met uitleg over ontstaan van klachten veelal voldoende. Eventueel kan de patiënt een advies krijgen voor zelfhulp of een e-healthinterventie.

Bij het vermoeden van abnormale angst of een angststoornis volgt afname van de 4DKL en een gesprek over de klachten en de situatie van de patiënt. Om een inschatting te maken van de complexiteit van de angstklachten raadpleegt u de criteria uit de standaard Angst of de DSM-IV-TR.

De 4DKL beoogt een globale inschatting te geven van de ernst van de problematiek; het opsporen van angststoornissen en het bespreekbaar maken van psychische factoren (bewustwording van de patiënt). De 4DKL met de bijhorende scores is opgenomen in de sectie met vragenlijsten.

3.2 Diagnose

Bij een nader vermoeden van een angststoornis informeert de huisarts of poh-ggz naar de volgende aspecten:

- duur en beloop van de klachten (continu of in aanvallen);
- duur en frequentie van eventuele aanvallen;
- gebruik van alcohol of drugs;
- ernst van de klachten, mate van lijdensdruk;
- situaties waarin de angst optreedt;
- mogelijke aanleiding van de angststoornis: bij een vermoeden van een posttraumatische stressstoornis wordt specifiek gevraagd naar traumatische ervaringen;

- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, duizeligheid, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koudesensaties, derealisatie- of depersonalisatiegevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- waarvoor de patiënt precies bang is: controleverlies, krankzinnig worden of doodgaan (paniekstoornis), angstig worden in grote openbare ruimtes (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde angststoornis), herbeleving van een traumatische gebeurtenis (posttraumatische stressstoornis), ernstige lichamelijke ziekte (hypochondrie), dwanggedachten (obsessieve compulsieve stoornis);
- dwanghandelingen (bijvoorbeeld voortdurend handen wassen of dingen controleren) en de tijd die daaraan dagelijks wordt besteed (bij een obsessieve compulsieve stoornis);
- invloed van de klachten op het sociaal functioneren, zoals het vermijden van bepaalde situaties of activiteiten;
- relatie met stress, overbelasting, relatie- of werkproblemen;
- bij specifieke lichamelijke klachten (buikkoliek) wordt met een gerichte anamnese nagegaan of een somatische aandoening waarschijnlijk is;
- lichamelijke comorbiditeit (bijvoorbeeld cardiale problematiek, kanker): de grens tussen reële angst en een angststoornis is soms moeilijk aan te geven. Gelet moet worden op anticipatieangst, vermijdingsgedrag en neutraliserend gedrag omdat die op een angststoornis duiden.

De huisarts of de ELP zijn verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. De huisarts betreft hierbij in de regel de poh-ggz. Bij twijfel wordt aangeraden de gespecialiseerde ggz in te schakelen.

3.3 Ernstbepaling

Er is sprake van abnormale angst of een angststoornis met **milde tot gematigde symptomen** wanneer de patiënt gedurende enige weken angstklachten ervaart en daarvan enige hinder ondervindt met beroepsmatig functioneren of sociale activiteiten of relaties met anderen. Verder moet er sprake zijn van een verhoogde angstscore op de 4DKL (meer dan dertien). De basis en eerste stap interventies (zie verderop) zijn dan aangewezen.

Wanneer de score van de 4DKL niet verbetert na achttien weken met periodieke monitoring na zes, twaalf en achttien weken volgt de beoordeling van de ernst van de stoornis door middel van vervolg anamnese en toepassing van de standaard Angst.

Er is sprake van een angststoornis met **ernstige symptomen** wanneer tenminste één van de volgende aspecten speelt:

- duidelijke ernstige interferentie van de klachten met het beroepsmatig functioneren of met de sociale activiteiten of relaties met anderen;
- de klachten niet verminderen na zes-achttien weken van behandeling met eerste stap interventies;
- er sprake is van verschillende typen angststoornissen;
- sprake is van hypochondrie; hiervoor wordt tijdens de diagnose de vraag gesteld: Bent u de laatste zes maanden overmatig bezorgd over uw gezondheid? Is het antwoord “ja”, dan dient de huisarts, psycholoog hier door te vragen naar lichamelijke bezorgdheid. Is er sprake van hypochondrie, ga dan door naar complexe angststoornis;

- er mogelijk sprake is van een PTSS;
- wanneer de signalen kunnen passen bij een depressie, dient er depressiediagnostiek ingezet te worden.

Tot slot wordt nagegaan of er andere psychische klachten of problemen bestaan door te vragen naar:

- hallucinaties of wanen. Hallucinaties of wanen kunnen duiden op een psychotische toestand;
- verwijzing naar de gespecialiseerde ggz is dan aangewezen;
- alcohol- of drugsproblemen. Bij alcohol- of drugsproblemen is het belangrijk dat de patiënt in eerste instantie van de verslaving afkomt, omdat dan duidelijk wordt welke angstproblematiek overblijft. Als dat niet lukt kan een gecombineerde behandeling worden overwogen. Verwijzing naar verslavingszorg is dan aangewezen.

Is er mogelijk sprake van (vermoeden van) een ernstige angststoornis dan volgt verwijzing naar eerstelijnspsycholoog, gespecialiseerde ggz of vrijgevestigde psychiater/psychotherapeut voor nadere diagnostiek en behandeling. De ernstbepaling en typering van angststoornis vinden plaats met uiteenlopende instrumenten, waaronder semigestructureerde diagnostische interviews en/of psychologische vragenlijsten.

Allochtonen

Voor vroegtijdige signalering van angstklachten en gesprekken daarover met allochtonen kunt u www.huisarts-migrant.nl raadplegen. Type als zoekwoord <angststoornis> in.

4. Behandelen

Afhankelijk van de ernst van de angstklachten worden interventies ingezet vanuit het stepped care principe (lichte hulp als het kan, zwaarder als het moet). Het beloop wordt gevolgd met een vragenlijst (4DKL). Wanneer de klachten erger worden en de eerste stappen interventies geen effect hebben (acht-twaalf weken) is verwijzing te overwegen naar ELP/GZ-pso, voor cliënten die naar verwachting baat hebben bij (C)GT en/of EMDR; in andere gevallen is het raadzaam te verwijzen naar de gespecialiseerde ggz.

Enkele **vuistregels** voor wie welke behandeling van angstklachten in de eerste lijn uitvoert.

- lichte angststoornis: huisarts of poh-ggz;
- milde tot matige angststoornis: poh-ggz, ELP, GZ-pso, fysiotherapeut; huisarts bewaakt;
- ernstige angststoornis: gerichte verwijzing ELP, GZ-pso, gespecialiseerde ggz; huisarts bewaakt.

Posttraumatische stressstoornis en obsessieve-compulsieve stoornis bij voorkeur verwijzen naar ELP (bijvoorbeeld voor EMDR) of de gespecialiseerde ggz.

4.1 Lichte angststoornis

- basisinterventies: actief volgen, psycho-educatie, patiëntenbrief (huisarts of poh-ggz);
- Watchful waiting. De patiënt wordt actief gevolgd. Bij watchful waiting wacht de hulpverlener af hoe symptomen zich ontwikkelen. De patiënt krijgt psycho-educatie over het ziektebeeld en de verschijnselen.
Na zes weken volgt afname van 4DKL, BAI of andere vragenlijst (huisarts of poh-ggz).

4.2 Milde/matige angststoornis

- basisinterventies: actief volgen, psycho-educatie; (huisarts of poh-ggz);
- begeleide zelfhulp of kortdurende behandeling/PST;
- ontspanningstherapie (fysiotherapie; applied relaxation);
- additionele interventie;
- monitoren met 4DKL, BAI of andere vragenlijst (elke zes weken, tot maximaal twaalf weken);
- bij succes terugvalpreventie;
- bij geen succes verwijzen voor nadere diagnostiek en behandeling naar gespecialiseerde ggz.

De behandeling start met (begeleide) zelfhulp en het aanbieden van basis interventies. Onder basis interventies worden in dit programma verstaan: actief volgen en psycho-educatie. Er is een uitgebreid (zelfhulp) aanbod beschikbaar voor omgaan met angstklachten. Dat aanbod bestaat uit (begeleide) zelfhulp, e-health aanbod en groepscursussen.

Kortdurende behandeling of cognitieve gedragstherapie (kortdurend) behoren ook tot de eerste stap interventies.

Bij de behandeling van een angststoornis kan uitleg over de vicieuze cirkel, uitlokkende en instandhoudende factoren bijdragen aan een vermindering van de klachten.

Monitoren

De basis en eerste stap interventies moeten één-vier weken na aanmelding van start gaan. Na circa zes weken volgt de controle op de klachten. Dat kan door afname van de 4DKL, hoewel deze vragenlijst niet specifiek is ontworpen voor monitoring van angstklachten. Bij een score meer dan acht op de dimensie Angst wordt de behandeling gecontinueerd en wordt de 4DKL steeds met een interval van zes weken afgenomen.

Treedt er na achttien weken geen verbetering op ten opzichte van de eerste meting dan wordt geadviseerd naar ELP of gespecialiseerde ggz te verwijzen. Bij een score van acht of minder dan acht na achttien weken of eerder volgt terugvalpreventie.

Een andere mogelijkheid voor controle op afname van de angstklachten is de BAI (Beck Anxiety Index), maar de Nederlandse versie van deze vragenlijst is niet gevalideerd door onderzoek. De vertaalde versie van de BAI is opgenomen in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.9).

4.3 Ernstige angststoornis

- gerichte verwijzing naar ELP, gz-psycholoog of gespecialiseerde ggz voor aanvullende diagnostiek naar type angststoornis;
- afspraken over farmacotherapie;
- CGT/GT/EMDR;
- monitoren met 4DKL, BAI of andere vragenlijst;
- terugvalpreventie in eerste lijn.

Farmacotherapie vindt plaats in overleg met de huisarts. De behandeling van een specifieke angststoornis vangt aan na diagnose. De behandeling volgt zoveel mogelijk de MDR Angststoornissen of de standaard. De huisarts bewaakt de voortgang van de behandeling.

5. Behandelinterventies

5.1 Basisinterventies

Psycho-educatie

Hierbij is het van groot belang dat de patiënt goed op de hoogte is van de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit, de behandel mogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling. Het gaat hier om psycho-educatie als zelfstandige interventie.

Psycho-educatie kan worden gegeven in voorlichtende gesprekken, als onderdeel van bibliotherapie/ zelfmanagement of als onderdeel van e-healthinterventie of een (groeps)cursus. Een goede uitleg van de behandel mogelijkheden is noodzakelijk om de patiënt in staat te stellen te komen tot een weloverwogen behandelovereenkomst. Bovendien bevordert een goede voorlichting de therapietrouw. Bijvoorbeeld, ten aanzien van medicatie is een goede uitleg nodig over de werking, het doseringsschema en de te verwachten bijwerkingen.

Psycho-educatie wordt bij herhaling gegeven, afhankelijk van de behoefte aan informatie en de noodzaak, bijvoorbeeld ter ondersteuning van therapietrouw. Psycho-educatie kan ook gegeven worden aan partner of familieleden van patiënten.

Naast psycho-educatie kunnen praktische adviezen of leefstijladviezen over dagbesteding en activiteiten, slaap- en waakritme, ontspanning en beweging, voeding en middelengebruik, de patiënt helpen om weer beter te worden.

Actief volgen

Dit is een interventie waarin de hulpverlener de toestand van de patiënt nauwkeurig volgt op basis van veranderingen. Hierbij is er sprake van periodiek actief monitoren van de symptomen van de patiënt.

Actief volgen bestaat uit een gesprek met de patiënt, waarin het dagelijks functioneren van de patiënt beoordeeld wordt. Op basis hiervan vindt een evaluatie van het behandelbeleid plaats. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kunnen naast de patiënt, ook partner, familieleden en vrienden betrokken worden. Actief volgen wordt vaak in de combinatie met psycho-educatie aangeboden. De frequentie is eens in de zes weken.

Gezonde leefstijl

Het is inmiddels algemeen bekend dat een gezonde leefwijze met gezonde voeding en regelmatige beweging het herstel van ziekte en psychische klachten bevordert. Het is goed mogelijk om patiënten te helpen bij het realiseren van een gezonde leefstijl. Verder bestaat er een specifieke ontspanningsinterventie door daartoe opgeleide fysiotherapeuten. Actief overleg met de fysiotherapie is dan aangewezen.

Op de website van Mentaal Vitaal zijn ook adviezen te vinden over een gezonde leefstijl: www.mentaalvitaal.nl

5.2 Begeleide zelfhulp

Begeleide zelfhulp is een effectieve en goed toepasbare eerste stap voor het behandelen van angststoornissen. De patiënt werkt met een zelfhulpboek met huiswerkopdrachten. Ook zijn er e-health cursussen beschikbaar. De website www.angstklachten.nl geeft informatie over begeleide zelfhulp cursus door poh-ggz met behulp van een werkboek (kosten € 25,- voor het werkboek). Op de website www.fearfighter.nl staat een online behandeling met ondersteunende begeleiding. De kosten daarvoor zijn € 150,- zonder begeleiding en met begeleiding een eigen bijdrage van € 20,- met een maximum aan vergoeding voor vijf gesprekken.

Enkele voorbeelden van zelfhulpcursussen, geschikt om in te zetten bij begeleide zelfhulp zijn:

Overwinnen van angstklachten is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

De cursus bestaat uit een werkboek en huiswerkopdrachten. Begeleiding wordt gegeven door de zorgverlener.

De volgende onderwerpen komen in de methode aan bod:

- informatie over angst- en angststoornissen;
- informatie over gedachten;
- leren ontspannen;
- doorbreken van vermijding;
- herwinnen van zelfvertrouwen (exposure in vivo).

Angstig? Zelf aan de slag! is ontwikkeld voor mensen die zelf wat willen doen aan hun angstklachten en grotendeels zelfstandig de cursus kunnen doorlopen aan de hand van een werkboek. Deze cursus wordt begeleid door een coach en biedt ondersteuning voor mensen die:

- meer willen weten over angstklachten;
- beter willen leren ontspannen;
- angsten willen leren verminderen;
- willen weten welke extra ondersteuning er is.

Er zijn acht telefonische of e-mail contacten met de coach in een periode van acht tot zestien weken. De telefonische contacten duren vijftien minuten. Er is een kennismakingsgesprek met de coach. De cursus wordt begeleid door een coach met veel ervaring op het gebied van gezondheidsbevordering.

Angst in de hand is ontwikkeld voor mensen met angstklachten die willen leren hoe zij die klachten kunnen verminderen. De cursus bestaat uit een gespreksgroep, die begeleid wordt door een coach. Deze cursus biedt ondersteuning voor mensen die:

- meer willen weten over angstklachten;
- beter willen leren ontspannen;
- angsten willen leren verminderen;
- hun verhaal kwijt willen en benieuwd zijn naar ervaringen van anderen.

De gespreksgroep bestaat uit maximaal tien personen. Er zijn acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur. Er is een kennismakingsgesprek met de begeleider(s). De cursus wordt geleid door begeleiders met veel ervaring op het gebied van gezondheidsbevordering. Er zijn specifieke cursussen voor studenten, volwassenen en ouderen.

5.3 Kortdurende psychologische behandeling

Er zijn verschillende varianten van kortdurende behandeling, de gekozen aanpak is afhankelijk van de klachten van de patiënt. De kortdurende behandeling gebeurt op basis van principes uit de cognitieve gedragstherapie.

Behandeling op grond van cognitieve gedragstherapeutische principes

Doelen zijn gericht op zicht krijgen op de relatie tussen gedachten, gevoel en gedrag en daarnaast op het onderkennen van irreële gedachten, meer realistisch, positief leren denken. Het oefenen met ander gedrag staat centraal. Verder wordt gebruikgemaakt van registratieopdrachten, exposure oefeningen, uitdagen van gedachten en psycho-educatie.

Coping vaardigheden

Behandeling is gericht op het aangeven van grenzen en het zoeken naar steun en rust/ontspanning. Doel hiervan is inzicht krijgen op draagkracht/draaglast en balans tussen mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Daarnaast is een belangrijke doel het vergroten van effectieve en verminderen van niet effectieve vaardigheden. Er wordt gebruikgemaakt van een draagkracht-draaglast overzicht, de Utrechtse Coping Lijst, psycho-educatie, het oefenen van nieuwe vaardigheden tijdens de sessie, het oefenen in de praktijk door middel van opdrachten. Eventueel volgt een verwijzing naar specifieke sociale vaardigheidstraining.

EMDR

EMDR staat voor Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Het is een effectief bewezen methode om nare ervaringen te verwerken. EMDR wordt toegepast na meervoudig traumatische ervaringen en bij angstklachten. (www.emdr.nl)

Problem solving treatment (PST)

PST is erop gericht patiënten een gestructureerde methode aan te leren om hun problemen in het dagelijks leven op te kunnen lossen. Daaraan ligt de aanname ten grondslag dat psychologische symptomen van angst of depressie vaak veroorzaakt worden door praktische problemen. Tijdens de PST werkt de patiënt aan vier doelen:

1. meer begrip over verband tussen symptomen en problemen;
2. betere omschrijving van huidige problemen en stellen van realistische doelen;
3. aanleren en oefenen van procedure om problemen aan te pakken;
4. stimuleren dat patiënt meer positieve ervaringen met probleemoplossen ervaart, waardoor zelfvertrouwen toeneemt.

Duur behandeling: eerste sessie van zestig minuten, gevolgd door vier-zes sessies van dertig minuten.

Mindfulness

Bij mindfulness (aandachtstraining) gaat het om een training met als doel de aandacht te versterken voor het moment, het hier en nu. Het bewustzijn van het lichaam, ademhaling en het kunnen genieten van het moment zijn belangrijke onderdelen van een training. Daarnaast is een op mindfulness gebaseerde cognitieve gedragstherapie ontwikkeld aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Deze therapie is effectief gebleken bij het voorkomen van terugval.

5.4 Applied Relaxation/ontspanningsinterventie

De interventie 'ontspanningsinterventie' behelst meer dan alleen ontspannen van het lichaam. Het is gericht op het verbeteren van de interne zelfregulatie/eigen controle van een patiënt en werkt onder andere op lichaamsbewustwording, functionele ademhaling, de capaciteiten om te ontspannen en het onder controle krijgen van angstreacties en de cognities en attributies van lichaamssignalen en -klachten.

Er zijn meerdere methoden van ontspanningsinterventie onderzocht bij angst, waarbij een duidelijke evidentie gevonden werd voor de methode applied relaxation volgens Os en een matige evidentie voor progressieve relaxatie, autogene training van Schultz, desensitisatie volgens Wolpe, adem- en ontspanningstherapie volgens methode van Dixhoorn en biofeedback. Tevens is matige evidentie gevonden voor fysieke inspanning/medische fitness gericht op het onderscheiden van fysieke gevoelens, spanning en ontspanning, vergroten vertrouwen en stabiliteit in eigen lichaam.

5.5 Additionele interventie

De volgende interventie kan additioneel worden aangeboden:

Steunende begeleiding

Het gaat bij deze interventie om begeleiding bij psychosociale problemen, met veelal een combinatie van materiële en immateriële problematiek. Praktische hulp wordt gegeven vanuit het psychosociale model. De laagdrempelige hulp is vooral gericht op het verbeteren van sociaal functioneren. Het gaat om ondersteunen bij het leven van alledag, adviseren over instanties, bemiddelen met instanties en aanleren van praktische vaardigheden.

5.6 Farmacotherapie

Het is belangrijk dat gevraagd wordt naar het gebruik van alternatieve geneesmiddelen, zoals passiflora, valeriaan en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan. Sommige interacties kunnen gevaarlijk zijn, zoals tussen sint-janskruid en een SSRI.

Overleg met de patiënt over de keuze voor medicatie of gesprekken. Als er tijdens de behandeling gekozen wordt voor farmacotherapie gebeurt dit na overleg met de huisarts.

Als advies bij farmacotherapie bij (ernstige) angststoornissen (ter overbrugging van behandeling in tweede lijn ggz) geldt dat SSRI de voorkeur heeft boven TCA.

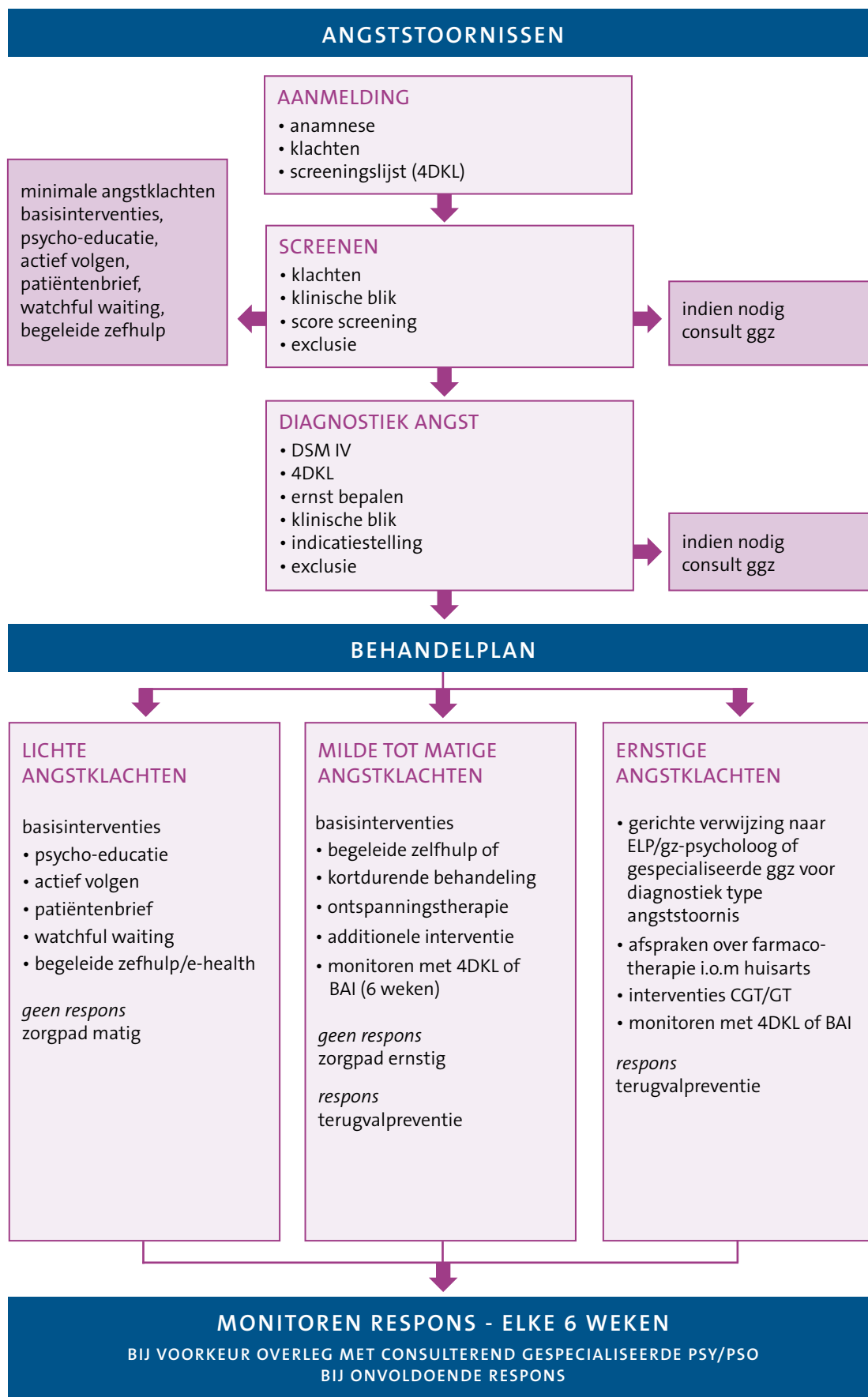
In verband met de grote kans op toename van angstgevoelens bij het starten van een SSRI is het meestal aan te bevelen om voor korte tijd een benzodiazepine te geven.

Er is periodiek contact tussen apotheek en huisarts ingeval van keuze voor farmacotherapie over het verloop van de behandeling. Zo nodig worden patiënten besproken in een multidisciplinair overleg met apotheker, psycholoog, huisarts en poh. Zo nodig wordt een consult met een psychiater gehouden om de gewenste aanpak te bespreken.

Het beloop wordt gemonitord en na uiterlijk vier maanden vindt behandelbeoordeling plaats.

Bij voldoende respons, na uiterlijk vier maanden, vindt terugvalpreventie plaats. Behandelaars stellen elkaar op de hoogte over het verloop van de behandeling.

6. Zorgpad



7. Bijlage

Over angststoornissen

Per jaar lijdt naar schatting één op de acht mensen (12,5%) aan één van de zeven verschillende angststoornissen. Dat zijn ongeveer 1,7 miljoen mensen in heel Nederland. Jaarlijks ontwikkelt 3,1% van de volwassen bevolking tussen 18 en 65 jaar voor het eerst een angststoornis; 4,6% van de vrouwen en 1,6% van de mannen. Vrijwel alle angststoornissen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen. Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis of paniekstoornis maken twee tot drie keer zo vaak gebruik van de eerstelijnsgezondheidszorg. Patiënten met chronische ziekten als een geïrriteerde darm, astma, cardiovasculaire aandoeningen en chronische pijn hebben veel vaker dan gemiddeld (17% - 52%) last van angststoornissen.

Over oorzaken van de gediagnosticeerde angststoornissen valt nog weinig te zeggen. In het diagnostisch proces zijn wel bekende somatische aandoeningen, middelen gebruik en andere mogelijke psychiatrische aandoeningen uitgesloten.

Gevolgen en beloop

Het hebben van een angststoornis kan leiden tot beperkingen met betrekking tot zelfverzorging en het huishouden, alsmede participatieproblemen doordat het beroepsmatig en sociaal functioneren ernstig kan worden aangetast.

Angststoornissen hebben in meerderheid van de gevallen een chronisch beloop (meer dan twee jaar klachten). Het beloop verschilt per type angststoornis. Een paniekstoornis met of zonder agorafobie heeft in het algemeen een wisselend beloop met remissies en exacerbaties. Het beloop van een obsessieve compulsieve stoornis is in het algemeen continu en chronisch; een gegeneraliseerde angststoornis kan eveneens een wisselend beloop met remissies en exacerbaties hebben. Ook hypochondrie en een specifieke fobie blijven vaak lang bestaan. Het beloop van een sociale fobie en van een posttraumatische stressstoornis is minder goed voorspelbaar, omdat dat in sterkere mate afhangt van de ernst van de klachten en van de lijdensdruk dan van de aard van de aandoening op zichzelf (NHG standaard Angststoornissen, 2009).

Beschrijving angststoornissen

Paniekstoornis met en zonder agorafobie

Van een paniekaanval is sprake als de angst intens is. Het betreft symptomen, zoals een kloppend of bonzend hart, of versnelde hartslag, zweten, trillen of beven, gevoelens van ademnood, het gevoel te stikken, et cetera. Het voorkomen van paniekaanvallen betekent niet dat er eveneens sprake is van een paniekstoornis. Bij een paniekstoornis zijn de aanvallen niet voorspelbaar en niet gebonden aan een situatie en zijn patiënten tussen de aanvallen door vaak gespannen en bang voor nieuwe aanvallen. Het komt vaak voor dat patiënten tevens een angst voor publieke gelegenheden ontwikkelen, zoals warenhuizen, treinen, restaurants en bioscopen, waar men bij het optreden van een paniekaanval moeilijk kan ontsnappen of hulp kan krijgen. Er wordt gesproken van paniekstoornis met agorafobie wanneer spontane paniekaanvallen gepaard gaan met situatieve angst en vermijding van dergelijke publieke gelegenheden.

Sociale angststoornis (fobie)

Er is onderscheid in twee typen: specifieke sociale fobie, de cliënt heeft last van één specifieke situatie, bijvoorbeeld spreken in het openbaar, en de gegeneraliseerde sociale fobie, waarbij de cliënt angst heeft voor een groot aantal sociale situaties. Het merendeel van de mensen behoort bij het

tweede type. Mensen met een sociale fobie vermijden situaties omdat ze bang zijn door andere negatief te worden beoordeeld of omdat ze bang zijn angstverschijnselen (zweeten, trillen, blozen) te tonen.

Obsessief Compulsieve stoornis (OCD)

De OCD wordt ook wel dwangstoornis genoemd. Het kan gaan om dwanggedachten of om dwanghandelingen. De persoon is zich ervan bewust dat de handelingen of gedachten overdreven of onredelijk zijn. Door de dwang komt de persoon vaak in conflict met zijn omgeving. Het moet gaan om vaak terugkerende of hardnekkige gedachten waaraan men geen weerstand kan bieden. De persoon is zich bewust van de onredelijkheid. Bij dwanghandelingen gaat het om gedrag (handen wassen, controleren), waartoe men zich gedwongen voelt, en ze zijn vaak bedoeld om een bepaalde angstwekkende gebeurtenis te voorkomen.

Gegeneraliseerde Angststoornis (GAS)

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

Post Traumatische Stressstoornis (PTSS)

De stoornis kan optreden na de beleving van een schokkende gebeurtenis, bijvoorbeeld een oorlogservaring, aanranding, ongeluk, beroving, et cetera. Het gaat daarbij om een extreem verlies aan controle en een enorme ontwrichting van datgene wat als vanzelfsprekend werd ervaren. De PTSS hindert mensen in hun dagelijkse functioneren, chronische stress, overmatige waakzaamheid en lichamelijke klachten kunnen het gevolg zijn.

Acute Stressstoornis (ASS)

Net als bij een Post Traumatisch Stressstoornis (PTSS) is er bij patiënten sprake van een confrontatie met een (ernstige) traumatiserende ervaring. Net als PTSS voelt de patiënt zich vaak verdoofd, machteloos, onwerkelijk, angstig, is de patiënt prikkelbaar, schrikachtig, zijn er slaap- en concentratieproblemen en wordt de situatie vaak opnieuw beleefd. Het grootste verschil met PTSS is het tijds criterium: wanneer de symptomen korter duren dan één maand, is er sprake van ASS.

Specifieke fobie

De specifieke fobie betekent een aanhoudende angst voor een specifieke situatie (vliegen, lift) of specifiek voorwerp (injectie krijgen, spinnen). De persoon is zich van de onredelijkheid bewust en mijdt de situatie of het voorwerp zoveel mogelijk. Hierdoor kan het dagelijkse leven sterk belemmerd worden.

Hypochondrie

Iemand heeft last van hypochondrie wanneer men overmatig bezorgd is een ernstige ziekte te hebben op basis van lichamelijke symptomen die verkeerd worden geïnterpreteerd. Uit medisch onderzoek moet gebleken zijn dat niets wijst op het bestaan van een ernstige ziekte. Er moet ook sprake zijn van overmatig lijden en beperkingen in het dagelijkse leven vanwege de hypochondrie. Men heeft last van hyperventilatie of hartkloppingen.

Ziektevrees

Ziektevrees en hypochondrie worden in dit profiel geplaatst op een continuüm van ernst van de stoornis. Zowel bij een ziektevrees als bij hypochondrie speelt een angst voor het hebben of

ontwikkelen van een ziekte. Een ziektevrees is een beter corrigeerbare (mild tot matige) angst voor ziekten, een mildere vorm van hypochondrie. Hypochondrie kan gepaard gaan met psychiatrische verschijnselen zoals wanen of onderdeel zijn van een psychiatrisch aandoening zoals ernstige depressies en schizofrenie.

6. Zorgpad Problematisch Alcoholgebruik

Problematisch Alcoholgebruik

	Inleiding	71
1.	Afbakening	71
2.	Herkennen en risicofactoren	72
2.1	Herkennen van problematisch alcoholgebruik	72
2.2	Risico-indicatoren met betrekking tot alcoholproblematiek	73
3.	Screenen	74
3.1	Screenen en gebruik van vragenlijsten	74
4.	Diagnose	75
4.1	Diagnostische criteria problematisch gebruik van alcohol	75
4.2	Diagnostische criteria alcoholafhankelijkheid	75
5.	Behandelen	76
5.1	Problematisch en kortdurend	76
5.2	Problematisch en langdurend	77
5.3	Afhankelijk en kortdurend	77
5.4	Afhankelijk en langdurend	77
5.5	Medicatie	77
6.	Behandelinterventies	78
6.1	Stadia van gedragsverandering en passende behandelinterventies	78
6.2	Motiverende gespreksvoering	79
6.3	Zelfhulpgroepen en e-health	79
6.4	Kortdurende interventies	80
6.5	Psychologische behandelinterventies	80
6.6	Medicatie	81
6.6	Verwijzen	81
7.	Zorgpad	83
8.	Bijlage	84

Inleiding

Problematisch gebruik van alcohol kan naast lichamelijke aandoeningen leiden tot psychosociale problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling of problemen op het werk. De maatschappelijke kosten die voortkomen uit alcoholmisbruik en de kosten voor behandeling zijn hoog. Mensen die veelvuldig alcohol gebruiken zonder te beseffen dat dit schadelijk is lopen een hoog risico op lichamelijke en psychosociale problemen, problematisch alcoholgebruik of afhankelijkheid van alcohol.

De prevalentie van probleemdrinkers in de bevolking bedraagt 7% tot 11%. Bij mannen ligt de hoogste alcoholconsumptie bij achttien-negentien jaar, bij vrouwen rond de leeftijd van 27 jaar. Het alcoholgebruik onder jongeren ligt in Nederland hoog vergeleken met andere West-Europese landen. Allochtone scholieren drinken afhankelijk van de bevolkingsgroep drie-tien maal minder dan autochtone.

1. Afbakening

Het zorgpad Alcohol is gericht op volwassenen vanaf achttien jaar met problematisch alcoholgebruik. In dit zorgpad wordt gesproken over problematisch alcoholgebruik, zonder dat er sprake hoeft te zijn van alcoholafhankelijkheid. Klachten en symptomen die kunnen wijzen op alcoholproblematiek komen meestal terecht bij de huisarts/eerste lijn.

De behandeling voor mensen met problematisch alcoholgebruik is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in alcoholgebruik (Trimbos-instituut, 2009) en op de NHG standaard Problematisch alcoholgebruik (NHG, 2005).

In de multidisciplinaire richtlijn wordt onderscheid gemaakt tussen schadelijk gebruik van alcohol en alcoholafhankelijkheid. In de NHG standaard wordt gesproken over problematisch alcoholgebruik. Dat is een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten, psychische of sociale problemen en verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. Problematisch of schadelijk gebruik kunnen in de regel goed behandeld worden in de eerste lijn. Wanneer sprake is van alcoholafhankelijkheid wordt aanbevolen te verwijzen naar gespecialiseerde behandeling.

In dit profiel wordt gesproken over problematisch alcoholgebruik, waarmee ook schadelijk alcoholgebruik wordt bedoeld.

De stepped care methode staat centraal bij problematisch alcoholgebruik, gevolgd door periodieke evaluatie en aangevuld met psycho-educatie. Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid. Lichte interventies bij problematisch alcoholgebruik zijn begeleide zelfhulp, e-health, lotgenotencontacten en kortdurende behandeling. Wanneer er sprake is van alcoholafhankelijkheid wordt doorverwezen naar instellingen voor verslavingszorg. Alcoholafhankelijk en problematisch alcoholgebruik kunnen samengaan met andere psychische aandoeningen, sociale en relatieproblemen. Nauwe samenwerking met andere hulpverleners en de verslavingszorg is aangewezen.

Wanneer er sprake is van alcoholintoxicatie wordt direct contact opgenomen met een kliniek/spoedeisende hulp van het ziekenhuis.

2. Herkennen en risicofactoren

Het in een vroeg stadium herkennen van problematisch alcoholgebruik kan verergering en verdieping van het alcoholgebruik voorkomen. Hierbij is een alerte houding op het vóórkomen van risicofactoren en signalen noodzakelijk. Alle disciplines in de eerste lijn dienen alert te zijn op signalen van problematisch alcoholgebruik.

2.1 Herkennen van problematisch alcoholgebruik

Iemand met problematisch alcoholgebruik presenteert dit meestal niet als probleem. Bij een vermoeden van problematisch alcoholgebruik kan bij onbegrepen klachten van de patiënt een leefstijlanamnese afgenomen worden met vragen naar werk en vrijetijdsbesteding, omgaan met ziekte en stress, lichaamsbeweging, roken, eetgewoonten, alcohol- en ander genotmiddelengebruik. De vragen over het alcoholgebruik worden in de leefstijlanamnese ingebed.

Wanneer een patiënt één of meer van de volgende signalen laat zien, wordt doorvragen naar het alcoholgebruik aanbevolen, in combinatie met het afnemen van een screeningsinstrument (zie hoofdstuk 3, Screenen). De huisarts, poh-ggz of eerstelijnspsycholoog (ELP) nemen de anamnese in de regel af.

SIGNALLEN
Psychische of sociale problemen, gecombineerd met slaapproblemen.
Aanwezigheid van alcoholgeur of sterke geuren ter maskering.
Frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica.
Klachten over moeheid, malaise, tremoren, palpitaties of overmatig transpireren, maag- en darmklachten, zoals refluxklachten en diarree.
Frequente spreekuurbezoeken of frequente bezoeken aan eerste hulp van een ziekenhuis.

Bij een vermoeden op problematisch alcoholgebruik wordt dit besproken met de patiënt. Het is belangrijk om de signalen te herkennen en het vermoeden problematisch alcoholgebruik bespreekbaar te maken.

Er wordt uitgegaan van de gepresenteerde klacht. Deze wordt in verband gebracht met alcoholgebruik en de functie van het gebruik, bijvoorbeeld door de volgende vragen:

- *Bij mensen die dezelfde klachten hebben als u, kunnen deze klachten verband houden met alcoholgebruik. Hoe staat het met uw alcoholgebruik?*
- *Heeft u zelf wel eens overwogen dat deze klachten samen kunnen hangen met alcoholgebruik?*

Een bijzondere variant van problematisch alcoholgebruik is binge-drinken: het drinken van grote hoeveelheden alcoholhoudende drank in een korte periode afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik.

Jongeren gebruiken soms naast alcohol ook andere middelen zoals marihuana, XTC (ecstasy) en cocaïne. De lichtere toxische effecten van alcoholgebruik kunnen schijnbaar gemaskeerd

worden door XTC. Gebruikers denken dan handelingen nog goed te kunnen uitvoeren, terwijl dit objectief niet het geval is. Alcoholgebruik op zich of in combinatie met andere middelen kan aanleiding zijn tot een acute intoxicatie. Afhankelijk van het promillage manifesteert zich dit met bewustzijnsdaling en ademdepressie, verwardheid en onrust, hypothermie, braken met dehydratie en hypotensie en hypoglycemie. Bij de patiënt met een alcoholintoxicatie wordt direct contact opgenomen met de huisarts/spoedeisende hulp.

2.2 Risico-indicatoren met betrekking tot alcoholproblematiek

De belangrijkste groep met een vergroot risico op alcoholproblematiek wordt gevormd door mannen met psychosociale problemen die ingrijpende levensgebeurtenissen meemaakten. De familie anamnese voor problematisch alcoholgebruik is vaak positief. Voor andere groepen met een duidelijk verhoogde kans op problematisch alcoholgebruik is geen wetenschappelijke evidentie. Personen die meer dan gemiddeld schade kunnen ondervinden door alcoholgebruik zijn ouderen en patiënten met een chronische (psychische) ziekte vanwege mogelijk gebruik van medicijnen.

RISICO-INDICATOREN VERMOEDEN PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK

SOCIALE PROBLEMEN

Relatieproblemen, mishandeling, criminele activiteiten, financiële problemen, werkproblemen, verzuim en ongevallen.

PSYCHISCHE PROBLEMEN

Geheugenverlies, black-out (bijvoorbeeld na avond stappen gaten in de herinnering), dementie, stemmingsklachten, alcoholische hallucinaties, automutilatie.

LICHAMELIJKE KLACHTEN

- Algemene lichamelijke klachten, zoals moeheid, malaise, maag- en darmklachten, gewichtsverandering, overmatig transpireren.
- Hart-/longklachten, zoals hypertensie, cardiomyopathie, ritmestoornissen, longinfecties.
- Zenuwstelsel, zoals hoofdpijn, tremoren, perifere neuropathie, spierpijnen, -zwakte, -atrofie, hyperreflexie, insulten, epilepsie, alcoholintoxicatie, geheugenstoornissen.
- Bewegingsstelsel, zoals fracturen.
- Urogenitaal, zoals seksuele problemen, verminderde fertiliteit man, menstruatiestoornissen.
- Huidproblemen, zoals littekens, brandwonden, spider naevi, erythemateus en oedemateus gezicht, conjunctivale roodheid, erythema palmare.
- Laboratoriumonderzoek, naar verhoogde leverwaarden (zoals MCV, gamma-GT, ASAT (SGOT) en ALAT (SGPT)), verhoogd urinezuur.

DIVERSEN

- Veelvuldig spreekuurbezoek.
- Klachtenpatroon wisselend en onverklaarbaar.
- Geen of onverwachte reactie op behandeling.
- Geneesmiddeleninteractie.
- Frequent ongevallen.
- Overmatig gebruik van en verzoek om hypnotica en tranquillizers.
- Melding door derden van problematisch alcoholgebruik.
- Overmatig nicotinegebruik.
- Overmatige gebruik van geuren, zoals aftershave en dergelijke.

3. Screenen

3.1 Screenen en gebruik van vragenlijsten

Als de patiënt bevestigt alcohol te gebruiken, worden de drinkgewoonten en de functie van het alcoholgebruik in het dagelijks leven besproken. Als de patiënt zegt geen alcohol te gebruiken, wordt de reden hiervan nagegaan. Er kan namelijk sprake zijn van (tijdelijke) abstinentie bij een probleemdrinker. Inventariseer de hoeveelheid alcoholgebruik van de voorafgaande week, vraag naar het gebruik op het werk, bij het eten en 's avonds. Laat bij twijfel over de anamnese een alcoholdagboek bijhouden.

Aangeraden wordt om naast deze vijf vragen ook een uitgebreider screenings- of diagnostisch instrument te gebruiken (AUDIT) om vermoedens op schadelijk alcoholgebruik te staven en na te gaan en een inschatting te kunnen maken of er sprake is van alcoholafhankelijkheid. Om alcoholafhankelijkheid in kaart te brengen wordt de ICD-10 gebruikt (paragraaf 7.4.2). Huisarts, poh-ggz of ELP doen de screening.

Vragenlijsten

Bij vermoeden van problematisch alcoholgebruik volgt afname van één van de volgende screeningsinstrumenten:

- **AUDIT** (Alcohol Use Disorder Identification Test); voor het opsporen van problematisch alcoholgebruik en -afhankelijkheid.
De AUDIT is veelvuldig onderzocht en is betrouwbaar en valide gebleken. De test bestaat uit tien vragen en afname kost één tot drie minuten. De test kan (eventueel samen met de patiënt) via het internet worden afgenomen. De maximale score is veertig. Het afkappunt is voor mannen acht en voor vrouwen en ouderen vijf. Bij jongeren dient u alert te zijn op binge-drinken.
- **De verkorte AUDIT-C** kan uit praktische overwegingen ook gebruikt worden.
Afkappunt mannen vijf en vrouwen vier. Bij jongeren wordt vooral gelet op de derde vraag met het oog op binge-drinken.

Monitoren

Om het gebruik van alcohol tijdens het behandeltraject te monitoren en een indruk te krijgen van de omvang van het alcoholgebruik wordt de **Fiveshot test** aanbevolen. Deze bestaat uit de onderstaande vijf vragen.

1. *Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?*
2. *Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?*
3. *Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinkgewoonten?*
4. *Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?*
5. *Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?*

Mate alcoholgebruik

Een indicatie van de hoeveelheid alcoholgebruik en/of dit al dan niet problematisch is, vindt plaats op basis van de antwoorden op de ingevulde screeningslijst.

4. Diagnose

Er wordt verschil gemaakt tussen problematisch gebruik van alcohol en alcoholafhankelijkheid. Wanneer er sprake is van problematisch gebruik van alcohol kan dit behandeld worden in de eerste lijn. Wanneer alcoholafhankelijkheid gediagnosticeerd is, wordt doorverwezen naar de gespecialiseerde tweede lijn.

Het stellen van de diagnose wordt bij voorkeur gedaan door de huisarts of de psycholoog. Eventueel kan bij ernstige klachten direct contact worden opgenomen met de verslavingsconsulent.

4.1 Diagnostische criteria problematisch gebruik van alcohol

Problematisch alcoholgebruik wordt in de ICD-10 beschreven als alcoholgebruik dat actuele psychische of lichamelijke schade tot gevolg had. Daarbij is geen sprake van afhankelijkheid, maar wel van duidelijke psychische en/of lichamelijke problemen als gevolg van excessief of overmatig alcoholgebruik.

4.2 Diagnostische criteria alcoholafhankelijkheid

Voor de bepaling van de alcoholafhankelijkheid worden de criteria van de ICD-10 toegepast.

ALCOHOLAFHANKELIJKHEID PATIËNT MOET VOLDOEN AAN DRIE OF MEER CRITERIA
1. Tolerantie.
2. Onthoudingsverschijnselen a) onthoudingssyndroom; b) drinken om onthoudingssyndroom te verlichten of te vermijden.
3. Problemen met controleren van starten, beëindigen van gebruik.
4. Gebrek aan andere activiteiten/interesses, toegenomen tijd voor verkrijgen, gebruik en herstel.
5. Doorgaand gebruik ondanks lichamelijke of psychische schade.
6. Craving.

De diagnostiek leidt tot bepaling van schadelijkheid van het alcoholgebruik of alcoholafhankelijkheid. Hierin worden de duur en de mate van het alcoholgebruik meegenomen.

5. Behandelen

Afhankelijk van de diagnose en de duur van het problematisch alcoholgebruik worden interventies ingezet volgens het stepped care principe met periodieke monitoring. Er wordt gekozen voor de lichtste behandeling die volgens het klinisch beeld verantwoord is. Het beloop wordt gevolgd en bij onvoldoende respons wordt een meer intensieve behandeling geadviseerd. Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van problematisch alcoholgebruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid. Eenmalige kortdurende interventies van vijf tot dertig minuten gedurende enkele maanden gebaseerd op motiverende gespreksvoering worden ingezet bij vermoeden van excessief drinken of vermoeden van problematisch gebruik van alcohol of alcoholafhankelijkheid.

Geadviseerd wordt om de partner of andere gezinsleden bij de behandeling te betrekken. Bij comorbiditeit met angststoornis of depressie wordt geadviseerd het alcoholgebruik in combinatie met de angststoornis of depressie aan te pakken.

Op basis van de geldende richtlijnen kan het volgende onderscheid gemaakt in het behandelbeleid met inachtneming van de duur van het gebruik en de diagnose.

ALCOHOLGEBRUIK	PROBLEMATISCH	AFHANKELIJK
KORTDUREND (< 3 MND)	Voorlichting; motiverende gesprekken in eerste lijn (huisarts, poh-ggz, ELP).	Voorlichting en motiverende gesprekken eerste lijn (huisarts, poh-ggz, ELP). Bij onvoldoende resultaat (en op basis van ernst) verwijzen behandeling gespecialiseerde tweede lijn.
LANGDUREND	Voorlichting; motiverende gesprekken, behandeling eerste lijn (huisarts, poh-ggz, ELP); onvoldoende resultaat verwijzen gespecialiseerde tweede lijn.	Voorlichting en motiverende gesprekken eerste lijn; verwijzen behandeling gespecialiseerde tweede lijn.

5.1 Problematisch en kortdurend

Als problematisch alcoholgebruik nog maar enkele maanden bestaat of niet overmatig is, kan worden volstaan met anamnese en voorlichting door huisarts, poh-ggz of ELP. De patiënt heeft voldoende inzicht om een beslissing over meer verantwoord alcoholgebruik zelf te nemen en uit te voeren. Heeft voorlichting onvoldoende resultaat dan moet in ieder geval motiverende gespreksvoering worden gegeven en indien nodig andere behandelinterventies.

5.2 Problematisch en langdurend

Als het alcoholgebruik schadelijk is en langer dan enkele maanden duurt is naast voorlichting en motiverende gespreksvoering, behandeling in de eerste lijn (poh-ggz, ELP of huisarts) aangewezen. Bij onvoldoende resultaat volgt - mede op basis van de ernst van het gebruik - verwijzing naar de consulent verslavingszorg.

5.3 Afhankelijk en kortdurend

Als het alcoholgebruik vormen van afhankelijkheid vertoont en hiervan niet langer dan enkele maanden sprake is, wordt behandeling - inclusief motiverende gespreksvoering - in de eerste lijn (poh-ggz, ELP, huisarts) aanbevolen. Bij onvoldoende resultaat volgt verwijzing naar de consulent verslavingszorg.

5.4 Afhankelijk en langdurend

Als er sprake is van alcoholafhankelijkheid die lange tijd duurt, wordt aanbevolen direct te verwijzen naar de consulent verslavingszorg.

5.5 Medicatie

Wanneer de patiënt nog niet in behandeling is bij de gespecialiseerde verslavingszorg, is medicatie zonder verdere behandeling niet zinvol bij het ondersteunen van stoppen met alcoholgebruik. Medicamenteuze therapie komt zo nodig in de gespecialiseerde tweedelijnsbehandeling aan de orde. Medicamenteuze therapie bij problematisch alcoholgebruik kan worden onderscheiden in bestrijding van ontwenningverschijnselen, vitaminesuppletie en terugvalpreventie.

6. Behandelinterventies

6.1 Stadia van gedragsverandering en passende behandelinterventies

De stadia die een patiënt kan doorlopen om te komen tot gedragsverandering met betrekking tot het alcoholgebruik zijn vergelijkbaar met die rondom andere vormen van verslaving zoals roken. De aanpak sluit aan op het stadium waarin de patiënt zich bevindt. De volgende stadia kunnen worden onderscheiden:

Voor-bewustwording

Patiënt is zich niet bewust van het problematisch karakter van zijn alcoholgebruik en niet gemotiveerd. Beleid: voorlichting.

VOORLICHTING

- **NHG patiëntenbrieven** via:
nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven.htm
- **www.alcoholinfo.nl** (algemene site over alcoholgebruik, met de drinktest, online zelfhulp)
- **www.drinktest.nl** (een online test voor mensen die regelmatig alcohol drinken en hun drinkgedrag willen analyseren)
- **www.minderdrinken.nl** (online zelfhulp)
- **www.jellinek.nl** (informatie en online zelfhulp)
- **www.drugsinfo.nl** (algemene informatie over drugs)

Daarnaast zijn er folders beschikbaar, uitgegeven door het NIGZ, met feiten over gebruik van alcohol en testen met feiten over alcohol en Hoeveel drink ik eigenlijk? (NIGZ, 2003/2005).

Bewustwording

De patiënt kent voor- en nadelen van zijn alcoholgebruik en is ambivalent over gedragsverandering. Beleid: voorlichting en bespreek redenen om het gedrag al dan niet te veranderen; de verantwoordelijkheid blijft bij de patiënt. Als de patiënt bewust 'lastig' is in het erkennen van problematisch gebruik kan het helpen de techniek van socratisch motiveren in te zetten. Socratisch motiveren is een techniek om moeilijke gevallen in de hulpverlening in beweging te krijgen. Meer informatie is te vinden in het boek Socratisch Motiveren van M. Appelo.

Vorbereiding

De patiënt kiest voor gedragsverandering: minderen per direct of geleidelijk.

De ondersteuning kan bestaan uit (één van de) volgende interventies:

- motiverende gespreksvoering;
- zelfhulpgroepen en e-health;
- kortdurende interventies;
- psychologische interventies;
- medicatie.

Volhouden nieuw gedrag. Monitoren.

In de eerste lijn kan het alcoholgebruik geïnventariseerd worden door het afnemen van de AUDIT of de verkorte versie van de AUDIT en het laten bijhouden van het Alcoholdagboek. De Five shottest adviseren we te gebruiken als instrument voor monitoring.

Houd (telefonisch) contact met de patiënt, bespreek en oefen risicosituaties (terugvalpreventie) en/of in samenwerking met e-health interventies en/of (regionale) verslavingszorg, of naar de zelfhulporganisatie Anonieme Alcoholisten (AA).

De interventies van patiënten met problematisch alcoholgebruik vragen een empathische, counsellende benadering. Er wordt naar gestreefd dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de voordelen. Een bruikbare methode is de voordelen van het drinken met de patiënt te verkennen en te benadrukken en deze af te zetten tegen de nadelen. Ook is het zinvol risicosituaties met de patiënt door te nemen. Vermijd discussies met de patiënt als: is de patiënt alcoholist? Wie heeft de schuld? Is psychosociale problematiek nu oorzaak of gevolg?

De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is uitgangspunt. Gedragsverandering wordt niet bevorderd door de patiënt onder druk te zetten.

6.2 Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is gericht op het expliciteren en verhogen van de motivering tot gedragsverandering en vergroot de ambivalentie ten aanzien van de gedragsverandering.

Kenmerken van motiverende gespreksvoering zijn:

1. Zoeken en mobiliseren van intrinsieke waarden en doelen bij de patiënt om gedragsverandering te stimuleren, zonder normen, waarden of daarop gebaseerde gedragsverandering op te dringen.
2. Het is een directieve, patiëntgerichte manier van hulpverlening om gedragsverandering mogelijk te maken door patiënten te helpen bij het exploreren en oplossen van ambivalentie over het drinkgedrag.
3. Het maakt gebruik van inventarisatie van voor- en nadelen van de verandering.

6.3 Zelfhulpgroepen en e-health

Zelfhulpmaterialen bestaan uit boeken, brochures en e-health interventies die gericht zijn op het motiveren tot en begeleiden van verandering van drinkgedrag. Voorbeelden van e-health interventies zijn:

- **www.alcoholdebaas.nl** en **www.minderdrinken.nl** bieden hulp aan mensen die zelfstandig hun alcoholgebruik willen minderen of willen stoppen met drinken.
- **www.gelukiseenwerkwoord.nl** geeft toegang tot een nieuw, laagdrempelig behandeltraject voor mensen die wel een probleem ervaren met middelengebruik (alcohol, cannabis, benzodiazepines), maar zich niet herkennen in de doelgroep van de verslavingszorg. Daarnaast biedt de website gebruikers →

- en mensen in de omgeving van gebruikers informatie over de effecten van middelengebruik en over de ervaringen van anderen met het aanpakken van problematisch gebruik.
- **Chatmetbzz msn**
is een chatbox voor jongeren die informatie willen over alcohol, drugs en veilig vrijen.
- **www.uwkindenalcohol.nl**
is een website voor ouders die informatie zoeken over de risico's van alcohol voor hun kind en willen weten hoe zij hun kind kunnen leren om verantwoord met alcohol om te gaan.
- **www.drankjewel.nl**
is een website met informatie en lotgenotencontact voor (volwassen) kinderen van probleemdrinkers.

Zelfhulpgroepen zijn niet begeleide groepsbijeenkomsten van mensen die zichzelf en elkaar willen helpen met hun alcoholprobleem. De bekendste vorm is de Anonieme Alcoholisten (AA). Er bestaan verschillende andere zelfhulpgroepen.

6.4 Kortdurende interventies

Kortdurende interventies bestaan uit één of enkele interventies van vijf tot dertig minuten binnen een beperkt aantal maanden, waarbij doorgaans gebruik gemaakt wordt van een combinatie van op motiverende gespreksvoering geënte gesprekstechnieken. Het kan gaan om een advies, het geven van feedback over de fysieke conditie van een patiënt. Kortdurende interventies bevatten doorgaans:

- feedback over excessief alcoholgebruik naar aanleiding van bij de patiënt verricht onderzoek;
 - geven van advies en opties voor gedragsverandering;
 - bespreken van keuzes en mogelijkheden voor verandering van het gebruik;
 - keuze minder drinken/niet te drinken en het bespreken van hoog risicosituaties.
- Met als grondregel de patiënt te begeleiden in de gedragsverandering naar het voeren van eigen regie (zelfmanagement).

6.5 Psychologische interventies

Psychologische behandelinterventies met een keuze uit:

Cognitieve gedragstherapeutische interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT) behoort, met motiverende gespreksvoering, tot de psychologische interventies met de grootste effectiviteit. CGT bestaat uit een reeks interventies, waaronder ook systeemtherapie/partner-relatietherapie, die erop gericht is de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om vaardigheden aan te leren om met levensproblemen beter om te gaan.

Kortdurende dynamische therapie

Bij een kortdurende dynamische therapie wordt het problematisch alcoholgebruik benaderd vanuit een ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt. Er worden verbanden gelegd tussen het alcoholgebruik in het hier en nu en problemen uit de (vroeg) kindertijd. Vaak gaat het daarbij om een bewustwording en leren hanteren van moeilijke gevoelens in de relatie met andere mensen zoals angst, schaamte, pijn en schuld.

Interpersoonlijke therapie

Interpersoonlijke therapie (IPT) gaat uit van het idee dat veranderingen in belangrijke relaties alcoholproblemen kunnen uitlokken bij mensen die daar gevoelig voor zijn. In de therapie wordt onderzocht hoe de contacten met belangrijke anderen in de omgeving verlopen. Daarna wordt gekeken hoe deze contacten bijdragen aan het ontstaan, of in stand houden van alcoholgebruik. Bijvoorbeeld wanneer iemand het moeilijk vindt om conflicten aan te gaan en zijn mening uit te spreken. Hierdoor kunnen mensen zich steeds meer gaan ergeren en/of terugtrekken uit contacten. Het alcoholgebruik, isolatie, angst en depressieve gevoelens kunnen daardoor verergeren.

6.6 Medicatie

Bestrijding van ontwenningsverschijnselen

Lichte onthoudingsverschijnselen, zoals slaapproblemen en prikkelbaarheid, na ineens stoppen van het alcoholgebruik duren hooguit enkele dagen en hoeven niet medicamenteus behandeld te worden.

Bij ernstige ontwenningsverschijnselen volgt verwijzing naar een instelling voor verslavingszorg of (verslavingszorg) kliniek.

Terugvalpreventie

Ter voorkoming van terugval zijn in Nederland disulfiram, acamprosaat en naltrexon geregistreerd. Deze middelen hebben ook in combinatie met psychosociale ondersteuning een geringe werkzaamheid. Gebruik in de huisartsenpraktijk wordt bij problematisch alcoholgebruik niet aanbevolen, tenzij na overleg en in intensieve samenwerking met een instelling voor verslavingszorg.

6.7 Verwijzen

VERWIJZING

Patiënten die in aanmerking komen voor **verwijzing naar of consultatie van andere hulpverlenende instanties**, zoals maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog, verslavingsconsulent of GGZ-instelling, zijn:

- mensen die behalve aan alcohol ook aan andere middelen verslaafd zijn;
- bij achterliggende psychische problematiek (depressie of angststoornissen);
- bij suïciderisico;
- bij relationele problematiek.

De patiënt wordt bij voorkeur verwezen naar een **instelling voor verslavingszorg**:

- als huisarts en patiënt hiervoor gekozen hebben;
- indien vooraf wordt ingeschat dat er sprake is van een (ernstige) vorm van afhankelijkheid.



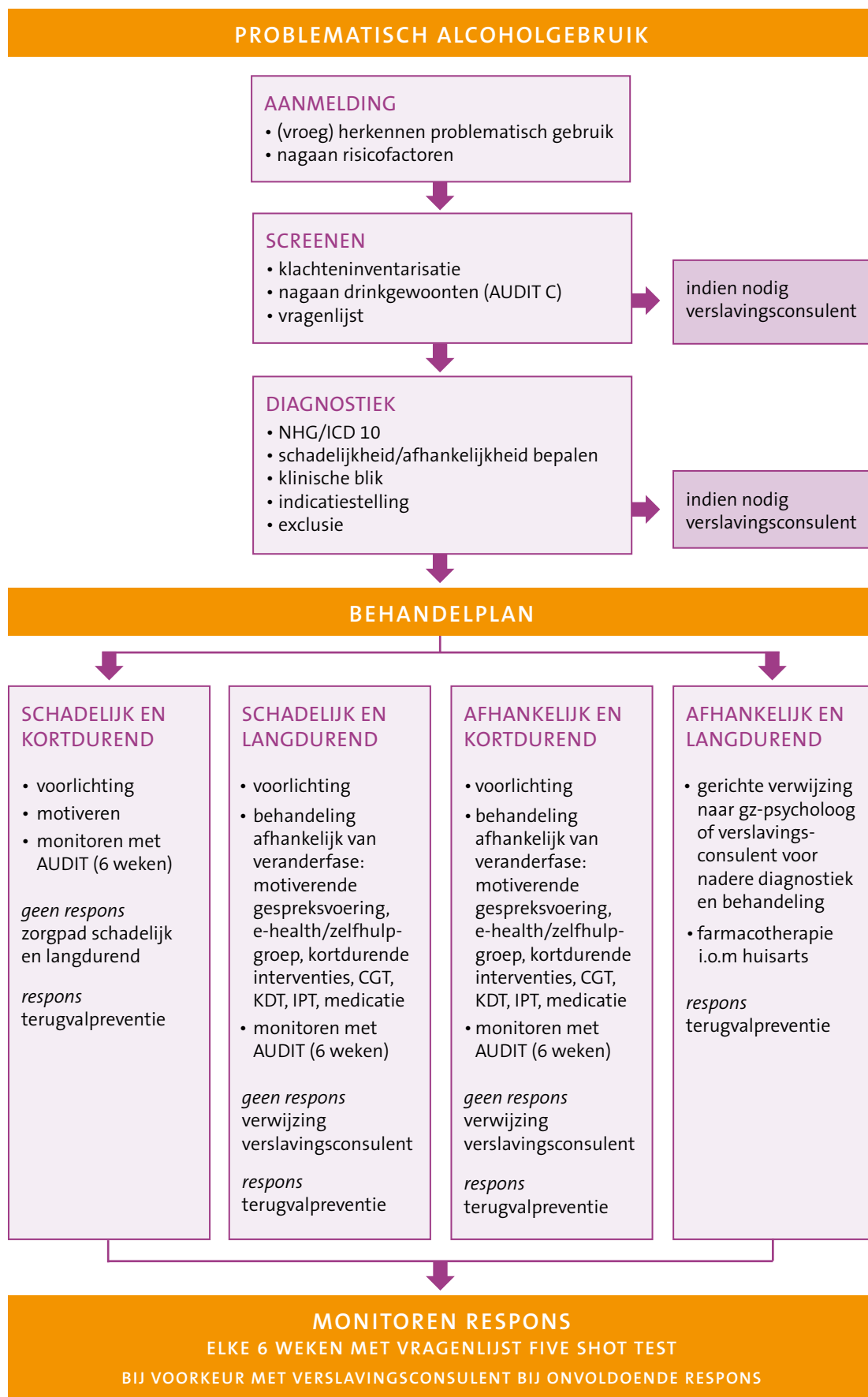
Voor **detoxificatie onder begeleiding van de verslavingszorg** wordt verwezen:

- bij een slechte lichamelijke conditie;
- als er onvoldoende toezicht op de patiënt is;
- wanneer uit de anamnese blijkt dat bij een eerdere stoppoging ernstige onthoudingsverschijnselen zoals onthoudingsinsulten of een delier zijn opgetreden.

Klinische opname is geïndiceerd bij:

- mensen met een ernstige acute intoxicatie;
- een onthoudingsdelier;
- onthoudingsinsulten;
- bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol;
- opname is zeker aan te bevelen, wanneer er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt niemand aanwezig is om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

7. Zorgpad



8. Bijlage

Het gebruik van alcohol in Nederland is met 8,1 liter alcohol per jaar per hoofd van de bevolking de laatste tien jaar vrijwel constant gebleven. De prevalentie van probleemdrinkers in de bevolking bedraagt 7% tot 11%. Bij mannen ligt de hoogste alcoholconsumptie bij achttien-negentien jaar, bij vrouwen rond de leeftijd van 27 jaar. Het alcoholgebruik onder jongeren ligt in Nederland hoog vergeleken met andere West-Europese landen. Allochtone scholieren drinken afhankelijk van de bevolkingsgroep drie-tien maal minder dan autochtone scholieren.

De opname van alcohol vertoont binnen één individu een smalle variatie van 10%, afhankelijk van de vullingstoestand van de maag, extracellulair volume en daarmee samenhangend geslacht en leeftijd.

De hoeveelheid alcohol in een voor de betreffende drank bestemd glas, de zogenaamde standaardconsumptie, is vrij constant tien-twaalf gram alcohol. De hoeveelheid alcohol is bij mixdranken vaak hoger.

Verschillende orgaansystemen kunnen worden aangetast door overmatig alcoholgebruik:

- algemeen: overgewicht door calorieleverantie, maar ook ondergewicht en deficiënties van vitamines door een insufficiënt dieet; ongevallen zowel in het verkeer als thuis;
- maligniteiten vooral in de mond-keelholte; ook het risico van borstkanker is verhoogd;
- gastro-intestinaal: slijmvliesbeschadiging in maag en duodenum, leverbeschadiging met uiteindelijk levercirrhose, pancreatitis met als mogelijk gevolg diabetes mellitus;
- hart- en vaatziekten zoals hypertensie, CVA, coronairlijden en ritmestoornissen;
- neurologische problemen, zoals polyneuropathie en het Wernicke-Korsakow syndroom. Vooral binge-drinken kan leiden tot hersenschade, hetgeen zich pas na jaren uit in verminderd cerebraal functioneren door uitval van de aandacht, concentratie en geheugen;
- op urogenitaal gebied seksuele problemen, verminderde fertiliteit van de man en menstruatiestoornissen;
- huidafwijkingen zoals spider-naevi, erythema palmare en rood gezicht.

Naast lichamelijke aandoeningen kan problematisch alcoholgebruik leiden tot psychosociale problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling of problemen op het werk.

Rijvaardigheid

Bij welke alcoholinname de wettelijke grenswaarde voor verkeersdeelname (0,5%) wordt overschreden, is sterk individueel bepaald. Wijs op interacties met medicatie en risico's van alcoholgebruik in het verkeer. Patiënten met de diagnose alcoholmisbruik of -afhankelijkheid komen niet (meer) in aanmerking voor een rijbewijs. Pas als zij aantoonbaar gestopt zijn, kunnen zij na een recidiefvrije periode van een jaar op basis van een psychiatrisch rapport weer geschikt worden geacht.

7. Zorgpad Slaapproblemen

Slaapproblemen

—	Inleiding	87
1.	Afbakening	87
2.	Diagnose stellen	88
2.1	Anamnese	88
2.2	Vervolganamnese slapeloosheid langer dan drie weken	88
2.3	Vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik	89
2.4	Vervolganamnese bij ernstige slaperigheid overdag en bij vermoede specifieke slaapstoornissen	89
2.5	Diagnosestelling en behandelindicaties	90
3.	Behandelen	91
3.1	Kortdurende slapeloosheid (korter dan drie weken)	91
3.2	Langer durende slapeloosheid (langer drie weken)	91
3.3	Chronisch slaapmiddelengebruik	91
3.4	Specifieke slaapstoornissen	91
4.	Behandelonderdelen	92
4.1	Voorlichting/educatie	92
4.2	Slaapadviezen	92
4.3	Behandeling achterliggende oorzaken	92
4.4	Negatieve conditionering	92
4.5	Spierontspanningsoefeningen	93
4.6	Slaapcursus/cognitieve gedragstherapie	93
4.7	Minimale interventiestrategie	94
4.8	Farmacotherapie	94
5.	Zorgpad	95
6.	Bijlage	96

Inleiding

Slapeloosheid is verreweg de meest voorkomende klacht bij slaapproblemen (> 90%). Een derde van de volwassenen heeft problemen met slaap. Tussen de 10% en 15% van hen raadpleegt een arts. Slaapklachten komen vaker voor bij ouderen, de helft van de patiënten met slaapklachten is ouder dan 65 jaar. 20% van hen gebruikt slaapmedicatie. Slaapklachten komen tweemaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Waarom dat zo is, is niet duidelijk. Het gebruik van benzodiazepines is groot. Per praktijk zijn er circa 75 langdurige 'benzogebruikers', terwijl zo'n 40% van de benzodiazepines wordt gebruikt als slaapmedicatie. Huisartsen schrijven het merendeel van de benzodiazepines voor. Slaapproblemen komen dus veel voor in de huisartsenpraktijk.


Slapeloosheid wordt gekenmerkt door slaapttekort en slecht slapen, zoals vaak wakker worden of onrustig dromen. Slapeloosheid gaat gepaard met functioneringsklachten overdag: moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Naarmate slaperigheid overdag meer een probleem is, is de kans groter dat er een specifieke slaapprobleem is.

1. Afbakening

Het zorgpad Slaapstoornissen is gericht op volwassenen van achttien jaar en ouder en specifiek gericht op de behandeling van slapeloosheid. De behandeling van slapeloosheid is goed mogelijk in de eerste lijn. Ook hier gebruiken we de stepped care methode; licht waar het kan, zwaar als het moet. Er zijn voor dit profiel bij slaapproblemen vier verschillende diagnoses mogelijk: kortdurende slapeloosheid (minder dan drie weken), langer durende slapeloosheid, chronisch gebruik van slaapmiddelen en specifieke slaapproblemen.

De poh-ggz geeft in veel gevallen de behandeling in overleg met de huisarts. Wanneer er sprake is van ernstige vormen van langer durende slapeloosheid (vaak door gebruik van alcohol of drugs) is verwijzing naar eerstelijnspsycholoog of verslavingsconsulent aangewezen. Cognitieve gedragstherapie is een effectieve interventie bij langer durende slapeloosheid. Deze bestaat ook in de vorm van een groepscursus. Er zijn gespecialiseerde instituten voor de behandeling van slaapproblemen.

Als er problemen met het slapen zijn, zullen de meeste patiënten daar zelf mee komen. Vroeg herkennen van klachten op dit gebied is daarom meestal niet nodig.



2. Diagnose stellen

De NHG standaard onderscheidt kortdurende en langer durende slapeloosheid. Deze indeling is van belang bij verdere diagnostiek en behandeling. De grens tussen kortdurend en langer durend ligt op drie weken.

De huisarts en poh-ggz zijn in staat slaapproblemen te inventariseren. De huisarts, vaak in overleg met poh-ggz of eerstelijnspsycholoog, is verantwoordelijk voor het stellen van de diagnose. De diagnostiek bestaat uit:

- anamnese met als doel vaststellen van de duur en ernst van de slaapklasten;
- vervolganamnese bij klachten langer dan drie weken of bij patiënten die niet zelf een oorzaak kunnen aangeven met als doel beïnvloedende factoren en/of oorzaken vast te stellen;
- vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik;
- vervolganamnese met als doel het uitsluiten van specifieke slaapstoornissen;
- diagnosestelling en indicatiestelling voor behandelbeleid.

2.1 Anamnese

Vragen naar:

- duur en frequentie van de klachten;
- mate van gevolgen voor dagelijks functioneren;
- wat patiënt al zelf heeft geprobeerd;
- verwachtingen van mogelijke oplossingen voor de slapeloosheid.

Wanneer er geen effecten van het slaapttekort overdag zijn, is er in strikte zin geen sprake van een slaapprobleem. Er wordt dan een herdefiniëring van het probleem aangeboden.

2.2 Vervolganamnese slapeloosheid langer dan drie weken

Vervolganamnese is nodig bij klachten langer dan drie weken of bij patiënten die niet zelf een oorzaak kunnen aangeven met de bedoeling beïnvloedende factoren en/of oorzaken vast te stellen.

De vervolganamnese bestaat uit een **systematische analyse**, waarbij wordt gevraagd naar:

- Slaapgewoontes:
verschil tussen vroeger en nu, bijvoorbeeld een onregelmatige leefwijze met sterk wisselende slaaptijden, actieve avondbesteding (belemmerend: computer, televisie; bevorderend: muziek, wandeling); aanwezigheid slaapproblematiek in familie.
- Opvattingen over de slapeloosheid en omgaan met de klachten:
angst om te gaan slapen, vermijdingsgedrag, reacties uit de omgeving. Probeer vermijdingsgedrag te achterhalen met vragen als: ziet u er tegenop om naar bed te gaan? Valt u overdag wel gemakkelijk in slaap? Wanneer gaat u naar bed? Wanneer valt u dan in slaap?

- Psychosociale problematiek:
moeite met inslapen als gevolg van piekeren of zich niet kunnen ontspannen. Bij acute emotionele problemen, bijvoorbeeld na een sterfgeval, vindt de patiënt meestal binnen enkele weken een nieuw evenwicht. Bij ernstige psychische decompensatie kan de slapeloosheid langer duren met een grotere kans op chronisch slaapmiddelengebruik.
- Psychiatrische stoornissen:
vooral depressie (zie zorgpad Depressie).
- Lichamelijke klachten:
pijn, jeuk, dorst, pyrosis, hoest, nycturie, dyspnoe, neusverstopping, nachtzweet en hartkloppingen, of chronische somatische aandoeningen die de slaap kunnen verstoren, zoals angina pectoris, hartfalen, perifere arterieel vaatlijden, astma, COPD, prostaathypertrofie, gastro-oesofageale reflux en artrose. Bij ouderen spelen deze factoren vaak een rol.
- Verstoring van het dag-/nachtritme:
jetlag, ploegendienst, ziekenhuisopname, onregelmatige leefwijze en overdag slapen; veel licht in de slaapkamer, herrie buiten, snurkende partner.
- Intoxicaties en bijwerkingen van genots- en geneesmiddelen:
 - alcohol. Denk aan verstoring van de slaapstructuur, na twee uur wakker worden met hartritmestoornissen, te vroeg ontwaken;
 - coffeïne, nicotine en (soft)drugs. Stimulering van het centraal zenuwstelsel, belemmering van het inslapen;
 - psychofarmaca (paradoxe reacties bij hypnotica);
 - bètablokkers (nachtmerries);
 - NSAID's en statines (slapeloosheid).

2.3 Vervolganamnese bij chronisch slaapmiddelengebruik

Bij chronisch slaapmiddelengebruik (gebruik langer dan drie maanden en waarbij medicatievrije periode minder dan twee weken duren) daarnaast doorvragen naar:

- vrees voor onttrekkingsverschijnselen bij stoppen (lichamelijke en/of psychische afhankelijkheid);
- motivatie om te stoppen.

2.4 Vervolganamnese bij ernstige slaperigheid overdag en bij vermoede specifieke slaapstoornissen

Bij ernstige slaperigheid overdag en wanneer de huisarts specifieke slaapstoornissen vermoedt, zoals Restless Legs (RLS), Periodic Movement Legs Disorder (PMLD) of slaapapneu, dient een vervolganamnese door de huisarts volgens de NHG standaard te worden uitgevoerd. Hier wordt in de context van deze uitgave niet verder op ingegaan.

2.5 Diagnosestelling en behandelindicaties

Op grond van de bevindingen bepaalt de huisarts, vaak in overleg met de poh-ggz, de diagnose en behandelbeleid. Er zijn de volgende diagnoses mogelijk.

- Kortdurende slapeloosheid (klachten langer dan 3 weken):
vervolgstap behandeling poh-ggz of huisarts.
- Langer durende slapeloosheid (klachten langer dan 3 weken):
vervolgstap behandeling poh-ggz in overleg met huisarts; bij ernstige klachten of (vermoeden van) intoxicaties eerstelijnspsycholoog of verslavingszorg.
- Chronisch slaapmiddelengebruik (gebruik langer dan 3 maanden, medicatie vrij korter dan 2 weken): vervolgstap behandeling poh-ggz of bij ernstige klachten eerstelijnspsycholoog.
- Specifieke slaapstoornissen. Vervolgstap behandeling huisarts/specialist.

3. Behandelen

Afhankelijk van de duur en ernst van de slapeloosheid worden behandelinterventies ingezet volgens het stepped care principe. Bij onvoldoende respons wordt een meer intensieve behandeling geadviseerd.

3.1 Kortdurende slapeloosheid (korter dan 3 weken)

- voorlichting / educatie / patiëntenbrief;
- slaapadviezen;
- behandeling van achterliggende oorzaken volgens diagnose;
- gebruik hypnotica (zeer beperkt, kortwerkend, geen herhaalrecepten).

3.2 Langer durende slapeloosheid (langer dan 3 weken)

- voorlichting / educatie / patiëntenbrief;
- slaapadviezen;
- aandacht besteden aan negatieve conditionering;
- behandeling van achterliggende oorzaken volgens diagnose;
- gebruik hypnotica (zeer beperkt, kortwerkend, geen herhaalrecepten);
- spierontspanningsoefeningen door fysiotherapeut/yogatherapeut/eerstelijnspsycholoog bij verhoogd arousal niveau;
- gedragstherapeutische technieken (slaapcursus) of cognitieve gedragstherapie;
- mindfulness. Er zijn enige aanwijzingen dat het praktiseren van mindfulness leidt tot verbeterde slaap en dat bij deelnemers van een mindfulnessstraining een vermindering is waar te nemen van slaapverstorende processen, zoals piekeren.

3.3 Chronisch slaapmiddelengebruik

- minimale interventiestrategie (zie NHG standaard Slaapstoornissen);
- NHG patiëntenbrief Stoppen met slaapmiddelen;
- medicatie afbouwen volgens NHG standaard.

3.4 Specifieke slaapstoornissen

- behandeling volgens de NHG standaard of verwijzen naar specialist.



4. Behandelinterventies

Hieronder staan de behandelinterventies kort omschreven voor behandeling van de 'gewone' slaapproblemen. Voor de behandeling van de specifieke slaapproblemen wordt verwezen naar de NHG standaard. Voor de medicamenteuze behandeling wordt volstaan met de belangrijkste aanbevelingen voor wat betreft het gebruik van benzodiazepine. Voor een uitgebreide toelichting op de medicamenteuze behandeling zie de NHG standaard.

4.1 Voorlichting/educatie

Besteed aandacht aan de attitude van de patiënt ten opzichte van de slaap. Daarnaast wordt informatie over slaapcyclus, slaapfasen, slaapfysiologie, biologische klok, relatie met leeftijd gegeven. De voorlichting kan herhaald worden in een vervolgconsult. Tevens kan de patiëntenbrief van NHG worden uitgereikt.

4.2 Slaapadviezen

Advies over gezondheidsbevorderend gedrag, zoals beweging, voeding of gebruik van nicotine, alcohol of coffeïne, slaapritme en dutjes overdag.

4.3 Behandeling achterliggende oorzaken

De behandeling is gericht op het wegnemen van de oorzaak van het slechte slapen én op het voorkomen van de negatieve conditionering. Bij psychosociale problemen is er voorlichting over dat het normaal is dat de slaap onder deze omstandigheden verstoord is en wordt advies gegeven over het slaapedrag. Bij lichamelijke klachten is gerichte behandeling van de klachten aangewezen, ondersteunt met slaapadviezen. Bij verstoring van dag- en nachtritme is voorlichting over normale slaap aangewezen met nadruk op biologische klok.

De poh-ggz is goed in staat de behandeling te geven, in overleg met de huisarts. Wanneer dit niet het gewenste resultaat heeft is verwijzing naar eerstelijnspsycholoog of gespecialiseerde zorg aangewezen. Bij ernstige sociale problemen (huiselijk geweld, schulden) is verwijzing naar algemeen maatschappelijk werk aangewezen.

4.4 Negatieve conditionering

Door een leerproces ontwikkelt de patiënt de overtuiging niet meer te kunnen slapen en wordt slapen geassocieerd met iets onaangenaams. Dit wordt negatieve conditionering genoemd. Er ontstaat angst om niet meer te kunnen slapen, wat kan leiden tot vermijdingsgedrag. De aanvankelijke oorzaak van het niet meer kunnen slapen is dan uit zicht geraakt. De vicieuze cirkel van de negatieve conditionering moet worden aangepakt door op zoek te gaan naar de achterliggende oorzaak van het slechte slapen. Psychologische behandeling of psychosociale begeleiding kan daarbij behulpzaam zijn. Zie voor slapeloosheid in het kader van depressie het zorgpad Depressie.

De poh'er kan de psychosociale begeleiding geven; psychologische behandeling wordt gegeven door een daartoe bevoegde psycholoog/psychotherapeut.

4.5 Spierontspanningsoefeningen

Verwijzing voor alléén spierontspanningsoefeningen is aangewezen voor patiënten met een verhoogd arousal niveau. De fysiotherapeut, yogatherapeut of eerstelijnspsycholoog voeren deze behandeling uit.

4.6 Slaapcursus/cognitieve gedragstherapie (CGT)

De GGZ en/of de thuiszorg, maar ook daarin gespecialiseerde centra, bieden vaak slaapcursussen aan. Deze cursussen zijn gebaseerd op gedragstherapeutische technieken.

De belangrijkste ingrediënten van de cognitieve gedragstherapie zijn voorlichting over slaap, slaaphygiënische adviezen, verandering van slaapgedrag, leren ontspannen, het doorbreken van slaapbelemmerende gedachten en afbouw van slaapmedicatie. De behandeling is kortdurend, gemiddeld zes sessies, exclusief follow up. Bij geen effect is het belangrijk de diagnose te heroverwegen: het kan gaan om cognitieve en/of gedragsmatige overactivering (ADHD) of verhoogde prikkelbaarheid (persoonlijkheidsproblematiek) dat vraagt om verdere diagnostiek. Bij CGT kan gebruik worden gemaakt van het zelfhulpboek Slapeloosheid van Ingrid Verbeek, waarin de verschillende stappen van de behandeling goed zijn uitgewerkt. Hieronder volgt een lijst met vragen om geschiktheid voor CGT behandeling te bepalen.

LIJST MET VRAGEN OM GESCHIKTHEID VOOR CGT BEHANDELING TE BEPALEN

1. Is er sprake van in- en doorslaapproblemen gedurende minimaal drie weken?	Ja/ nee
2. Zijn er klachten overdag? (moe, geheugen, concentratie)	Ja/ nee
3. Is er sprake van negatieve conditionering ten opzichte van slaap? (piekeren, moeite met ontspannen, lang wakker liggen)	Ja/ nee
4. Is betrokkene gemotiveerd tot verandering van het slaapgedrag?	Ja/ nee
5. Heeft betrokkene een positieve houding over niet-medicamenteuze behandeling?	Ja/ nee

HOE MEER VRAGEN MET JA BEANTWOORD WORDEN, HOE MEER DE PATIËNT GESCHIKT IS VOOR CGT BEHANDELING.

Nuttige websites met informatie over slapen zijn www.lerenslapen.nl, www.educatie.ntr.nl/beterslapen en www.kempenhaeghe.nl.

Op de website Slapen als een Roos staat een online te volgen zelfhulp cursus slapen. Deze cursus is ook met begeleiding te volgen: www.slapenalseenroos.nl.

4.7 Minimale interventiestrategie

Bij chronisch gebruik van slaapmiddelen krijgt de patiënt het advies te stoppen. De huisarts stuurt de patiënt een brief met informatie en praktische tips. Wanneer het gedrag onderdeel is van bredere problematiek is begeleiding van poh-ggz, eerstelijnspsycholoog of consulent verslavingszorg aangewezen.

4.8 Farmacotherapie

Hypnotica zijn slechts in incidentele gevallen noodzakelijk: bij acute psychosociale problemen, bij incidentele verstoring van dag/nachtritme (jetlag), en bij chronische somatische aandoeningen met aanhoudende klachten ondanks specifieke therapie.

Indien toch gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling dan altijd in combinatie met slaapadviezen.

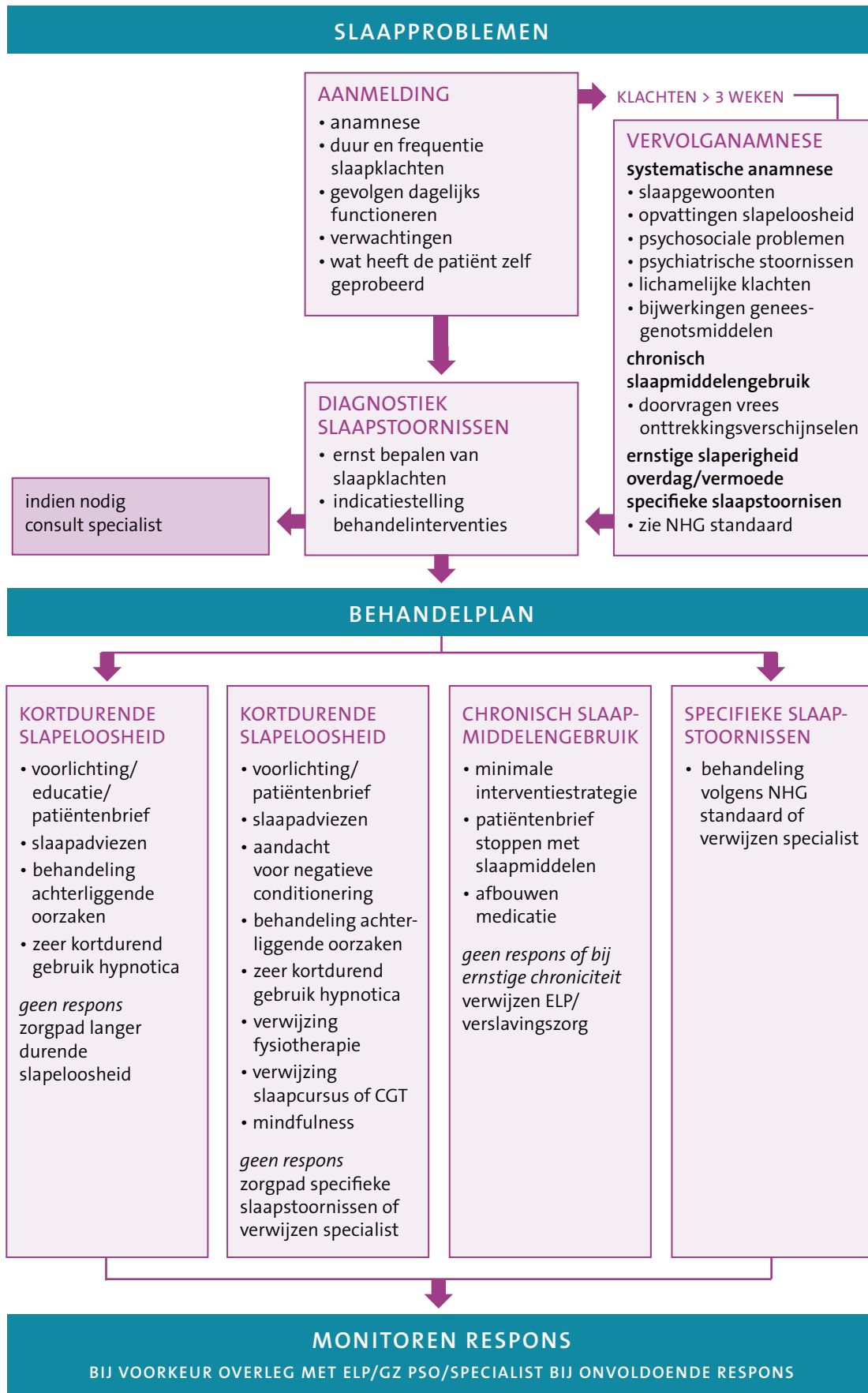
Kenmerken behandeling:

- een kortwerkende benzodiazepine;
- niet meer dan vijf tot tien tabletten in een zo laag mogelijke dosering;
- maak afspraken over gebruik en afbouw;
- mijd dagelijks gebruik;
- geen herhaalrecepten via assistente;
- voorlichting over effect van de medicatie op de slaap, bijwerkingen en verlies van effectiviteit door gewenning.

Antidepressiva kunnen als medicamenteuze therapie tegen slapeloosheid worden voorgeschreven:

- TCA Trazolan 50 – 100 mg.
- Mirtazapine (remeron) 15 – 30 mg; slaapmiddel tegen nachtmerries.

5. Zorgpad



6. Bijlage

Over slapeloosheid

Een derde van de volwassenen heeft problemen met slaap. Tussen de 10% en 15% van hen raadpleegt een arts. Slaapklachten komen vaker voor bij ouderen, de helft van de patiënten met slaapklachten is ouder dan 65 jaar. 20% van hen gebruikt slaapmedicatie. Slaapklachten komen tweemaal vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Waarom dat zo is, is niet duidelijk. Het gebruik van benzodiazepines is groot. Per praktijk zijn er circa 75 langdurige 'benzogebruikers', terwijl zo'n 40% van de benzodiazepines wordt gebruikt als slaapmedicatie. Huisartsen schrijven het merendeel van de recepten voor benzodiazepines voor.

Fysiologische slaap

Niet iedereen heeft hetzelfde slaappatroon. Ongeveer tweederde van de volwassenen slaapt tussen de zeven en acht uur per dag. De inslaaptijd duurt in de regel ongeveer een kwartier en men wordt in de regel twee of drie keer per nacht wakker. Een langere inslaaptijd en frequente waakperioden zorgen voor een negatieve slaapbeleving zonder grote gevolgen voor slaperigheid overdag.

De slaap bestaat uit vier of vijf cycli van één tot anderhalf uur. Elke cyclus bestaat uit vier stadia. Stadium één is sluimerstadium (knikkebollen), stadium twee is de ondiepe slaap, stadia drie en vier zijn de diepe slaap. Aan het einde van stadium vier volgt de REM-slaap (met de meeste dromen), die het meest lijkt op wakkere toestand, echter de spieren zijn nog volledig ontspannen. Korte slapers slapen efficiënt, zij gebruiken het meest de perioden van diepe slaap.

Slapeloosheid

Slapeloosheid wordt gekenmerkt door slaapttekort en slecht slapen, zoals vaak wakker worden of onrustig dromen. Slapeloosheid gaat gepaard met functioneringsklachten overdag: moeheid, slaperigheid, prikkelbaarheid, verminderde concentratie en prestatie. Naarmate slaperigheid overdag meer een probleem is, is de kans groter dat er een specifieke slaapstoornis is.

Chronisch gebruik van slaapmiddelen

Chronisch gebruik van slaapmiddelen betekent dat de patiënt langer dan drie maanden, al of niet met slaapmedicatievrije periode van minder dan twee weken, slaapmedicatie gebruikt. De oorspronkelijke oorzaak van de slaapproblemen zijn vaak op de achtergrond geraakt. De medicatie wordt vaak automatisch verlengd. Bij de patiënt bestaat vaak lichamelijk en psychische afhankelijkheid van de pillen. Die kans is groter bij afhankelijke of angstige persoonlijkheid. Er kan sprake zijn van ontweningsverschijnselen als geprobeerd wordt te stoppen. Dat belemmert volgende pogingen om te stoppen.

8. Bijlagen

8. Bijlagen

8.1 Registratiecodes

AANDOENING	HIS/ICPC CODE
Depressie	P76 Depressie (op grond van diagnose) P03 Depressief gevoel
Angststoornissen	P01 Angstig/nerveus gespannen gevoel Op grond van diagnose: P74 Angststoornis/angsttoestand P79.01 Fobie P79.02 Dwangneurose P02.01 Posttraumatische stressstoornis P75 Hysterie/Hypochondrie
Problematisch alcoholgebruik	WCIA code: 1591 aantal eenheden alcohol per dag Z29 Ander sociaal probleem
Slaapproblemen	P06 Slapeloosheid/andere slaapproblemen

8.2 Lijst met afkortingen

4DKL	Vier Dimensionele KlachtenLijst
AA	Anonieme Alcoholisten
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
ASS	Acute Stress Stoornis
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
Audit-C	Verkorte versie van de AUDIT
BAI	Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CT	Cognitieve therapie
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ELP	Eerstelijnspsycholoog
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
FT	Fysiotherapeut
GAS	Gegeneraliseerde Angststoornis
GDS	Geriatrische Depressie Schaal
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GT	Gedragstherapie
Gz Pso	Gezondheidszorg Psycholoog
ICD-10	International Classification of Diseases-10

IPT	Interpersoonlijke Psychotherapie
KDB	Kortdurende Behandeling
KDT	Kortdurende Therapie
KPT	Kortdurende Psychodynamische Therapie
MDR	Multidisciplinaire Richtlijn
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nederlands Instituut Gezondheidsvoorlichting en Ziektepreventie
OCD	Obsessief Compulsieve Stoornis
PMLD	Periodic Movement Legs Disorder
poh-ggz	Praktijkondersteuner-ggz
pso	Psycholoog
PST	Problem Solving Therapy
psy	Psychiater
PTSS	Post Traumatische Stress stoornis
REM-slaap	Rapid Eye Movement
RLS	Restles LegS
SCEGS	Somatisch – Cognities – Emoties – Gedrag – Sociaal
SNRI	Selectieve Serotonine en Noradrenaline Reuptake Inhibitors (heropnameremmers)
SSRI	Selectieve Serotonine Reuptake Inhibitors heropnameremmers
TCA	Tricyclische Antidepressivum
XTC	Ecstasy

