

Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Angststoornissen

Vriezen JA, Lamers ETT, Faber E, Van Heest FB, Kroon M, Lagerberg JM, Lingsma R, Neomagus GJH, Van Putten CM, Terluin B, Grol MH. *Huisarts Wet* 2007;50(1):S1-S4.

Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Angststoornissen is opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE). De LESA geeft richtlijnen voor samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen bij het verlenen van zorg aan patiënten met een angststoornis. Het gaat daarbij zowel om patiënten die primair de huisarts of de eerstelijnspsycholoog bezoeken, als om patiënten die in gezamenlijke behandeling zijn. De LESA houdt rekening met de verschillen in taken en verantwoordelijkheden van beide beroeps groepen.

In deze LESA worden slechts globale richtlijnen gegeven. De aanbevelingen kunnen regionaal nader worden ingevuld en aan de hand hiervan kunnen werkafspraken worden gemaakt. Voor de zorg voor specifieke groepen (bijvoorbeeld alloctonen, ouderen en kinderen) kan een aangepaste invulling nodig zijn.

De eerste lijn kent per (sub)regio een verschillende beschikbaarheid van (niet-)medische disciplines bij de behandeling van psychische aandoeningen, zoals eerstelijnspsychologen, algemeen maatschappelijk werkers, praktijkverpleegkundigen of (al of niet door GGZ-instellingen gedetacheerde) sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen of psychologen. Zoals hierboven gesteld, is de LESA gericht op de samenwerking tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen bij de behandeling van patiënten met een angststoornis. Daarnaast kan de LESA dienen als basismodel voor samenwerkingsafspraken met de andere genoemde disciplines in de eerste lijn en ook bij andere psychische aandoeningen. De toegevoegde waarde van de andere eerstelijnsdisciplines bij de aanpak van angststoornissen wordt in de LESA buiten beschouwing gelaten.

De LESA Angststoornis is gebaseerd op wetenschappelijke gegevens en op consensusafspraken in de werkgroep. Bij de bespreking van de wetenschappelijke literatuur en de gemaakte keuzes is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Angststoornissen, de Richtlijn Intake en indicatiestelling

van de LVE en de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen.^{1,2,3}

Begrippen

Hoewel eerstelijnspsychologen spreken van *cliënten* en huisartsen van *patiënten*, is in deze LESA als algemene benaming voor '*patiënten*' gekozen.

De LESA spreekt van eerstelijns hulpverlener indien er in de richtlijn geen onderscheid is tussen het functioneel handelen van huisarts en eerstelijnspsycholoog.

Achtergronden

Een angststoornis is een veelvoorkomende aandoening. De prevalentie van een door huisartsen geregistreerde angststoornis is 5 per 1000 patiënten. In epidemiologisch onderzoek in de algemene bevolking wordt een (jaar)prevalentie gevonden van 12,4%. Bij vrouwen komen tweemaal zoveel angststoornissen voor als bij mannen. Een angststoornis gaat regelmatig samen met een depressie en/of verslavingsproblematiek.

Bij 20% van de aanmeldingen bij eerstelijnspsychologen gaat het om angststoornissen. Van deze patiënten is 64% verwezen door de huisarts. Daarnaast melden patiënten met klachten zich op eigen initiatief (25%) bij een eerstelijnspsycholoog of worden ze verwezen door andere hulpverleners (11%).⁴

Angst is een gevoel dat verwijst naar een dreigend gevaar of onheil. In de context van een reële dreiging heeft angst een signaalfunctie die maant tot voorzichtigheid of ontvluchting van het gevaar. De angst kan echter buitensporig zijn of onevenredig lang aanhouden. Wanneer deze angst leidt tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het dagelijks functioneren, is er sprake van een angststoornis.

Deze LESA volgt de NHG-Standaard Angststoornissen en de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen waarin angststoornissen worden onderverdeeld in paniekstoornis (herhaalde paniekaanvallen met tussen de aanvallen angst voor herhaling), agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis en hypochondrie. Deze indeling is naar analogie van de DSM-IV, hoewel hypochondrie in de DSM-IV niet tot de angststoornissen wordt gerekend. Vanwege de buitensporige angst (voor een ernstige ziekte) die bij hypochondrie centraal staat, wordt deze stoornis zowel in de NHG-Stan-

daard als in de multidisciplinaire richtlijn tot de angststoornissen gerekend.

De LVE hanteert de algemene Richtlijn Intake en indicatiestelling. In deze richtlijn wordt eveneens diagnostiek volgens de DSM-IV-criteria aanbevolen en daarnaast het verzamelen van informatie over persoonlijkheidskenmerken en verandermogelijkheden van de patiënt.

Taken huisarts en eerstelijnspsycholoog

Zowel de huisarts als de eerstelijnspsycholoog kan een patiënt met een angststoornis begeleiden. De huisarts heeft expertise op het gebied van mogelijke somatische uitlokkende factoren en eventuele medicamenteuze behandeling. Daarnaast is hij vaak op de hoogte van de voorgeschiedenis van de patiënt, van zijn familie en sociale omstandigheden en van de manier waarop hij met ziekte en gezondheid omgaat.

De eerstelijnspsycholoog heeft expertise op het gebied van psychologische diagnostiek en interpreteert de klacht van de patiënt tegen de achtergrond van zijn persoonlijkheid, het gezinssysteem en zijn levensloop. Bij de behandeling van angstklachten heeft de cognitieve gedragstherapie (CGT) gezien de wetenschappelijke onderbouwing ervan de voorkeur. Wanneer de angstklachten hanteerbaar zijn, kan er ruimte komen om te werken aan de factoren die de angst veroorzaakten, bijvoorbeeld autonomie-, identiteits- of relatieproblematiek.

Kernpunten

- Een landelijke werkgroep van huisartsen en eerstelijnspsychologen heeft onderzocht hoe op basis van bestaande richtlijnen zorg moet worden verleend aan patiënten met een angststoornis.
- In de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Angststoornissen worden de taken beschreven die specifiek behoren tot het werkgebied van de huisarts en de eerstelijnspsycholoog. Daarnaast wordt aangegeven op welke gebieden zij gezamenlijke taken hebben.
- In de LESA worden huisartsen en eerstelijnspsychologen uitgenodigd werkafspraken te maken. Er worden aandachtspunten genoemd die het overleg op lokaal of regionaal niveau kunnen structureren.

Huisarts

De meeste patiënten met een angststoornis zullen de huisarts niet spontaan over hun angsten informeren. In de NHG-Standaard is vermeld bij welke klachten of problemen de huisarts een dergelijke stoornis moet overwegen. Daarnaast bevat de NHG-Standaard aanbevelingen hoe bij verschillende angststoornissen de diagnose kan worden gesteld. Bevat de anamnese aanwijzingen voor een somatische aandoening, dan wordt hieraan gericht lichamelijk en/of aanvullend onderzoek verricht. Bij patiënten vanaf middelbare leeftijd moet de huisarts eerder tot lichamelijk en aanvullend onderzoek overgaan omdat bij hen de kans op een somatische aandoening toeneemt en de kans dat een angststoornis zich voor het eerst manifesteert juist kleiner wordt. Als de huisarts de angst van de patiënt niet met adequate voorlichting kan wegnemen, kan lichamelijk en/of aanvullend onderzoek noodzakelijk zijn. Normale bevindingen dragen bij aan de diagnose en kunnen de patiënt motiveren zich voor zijn angststoornis te laten behandelen. De huisarts vermijdt herhaald onnodig onderzoek omdat de angst daarvoor in stand kan worden gehouden.

Inbreng van de patiënt

Deze Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) geeft richtlijnen voor de samenwerking en suggesties voor werkspraken tussen huisartsen en eerstelijnspsychologen. De richtlijnen in de LESA zijn zo opgesteld dat op het juiste moment huisartsgeneeskundige hulp en hulp door de eerstelijnspsycholoog wordt geboden en voor patiënten de continuïteit in het beleid herkenbaar blijft. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts en de eerstelijnspsycholoog stellen het beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de betrokken eerstelijnspsychologen

Het persoonlijke inzicht van de betrokken huisartsen en eerstelijnspsychologen is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van de richtlijnen kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat de LESA bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Eerstelijnspsycholoog

Bij patiënten met angststoornissen begint de eerstelijnspsycholoog met één of twee intakegesprekken waarin – naast een inventarisatie van klachten, biografie en sociale situatie – aandacht is voor de eigen visie van de patiënt op het ontstaan (en de instandhouding) van de klachten, alsmede voor de hulpvraag. Daarbij maakt de psycholoog vaak gebruik van klachten- en persoonlijkheidsvragenlijsten. Met dit aanvullende onderzoek beoogt de eerstelijnspsycholoog de ernst van de angststoornis en allerlei relevante factoren voor de behandeling ervan vast te stellen. Zo is er aandacht voor een aantal persoonskenmerken zoals copingstijl, sociale vaardigheden, zelfbeeld, introspectief vermogen en draagkracht. Incidenteel kan het nodig zijn een heteroanamnese af te nemen. In het eerst consult krijgt de patiënt vaak al adviezen en/of ontspanningsoefeningen om op korte termijn angstreductie te bereiken.

Voorlichting

In het beleid van de eerstelijnspsycholoog neemt voorlichting een centrale plaats in. De eerstelijnspsycholoog legt uit dat een angststoornis een vaak voorkomende aandoening is die met verschillende factoren samenhangt. Meestal verdwijnen de klachten niet vanzelf, maar met een passende behandeling kunnen de duur en de ernst ervan aanmerkelijk verminderd worden. De eerstelijnspsycholoog geeft uitleg over de vicieuze cirkel waarin een patiënt met angststoornissen is terechtgekomen en over de factoren die de angst uitlokken en in stand houden. Het zich bewust worden van het ontstaansmechanisme van de angststoornis kan bijdragen aan een vermindering van de klachten. Het streven is dat de angstklacht wordt opgeheven of dat de patiënt controle leert krijgen over de angst.

De eerstelijnspsycholoog kan de patiënt een zogeheten Patiëntenbrief meegeven (zie www.nhg.org). In een vervolgsamenkomst kan de hulpverlener de vragen bespreken die de patiënt naar aanleiding van deze informatie heeft. Ook kan hij de patiënt wijzen op het bestaan van een patiëntenvereniging.⁵

Begeleiding en/of behandeling door de huisarts

Goede voorlichting over de aandoening is voor een aantal patiënten voldoende. De verdere behandeling van angststoornissen kan medicamenteus en niet-medicamenteus zijn, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt, de ernst van de klachten en het type angststoornis.

De niet-medicamenteuze behandeling van angststoornissen is erop gericht de cirkel die

de angst in stand houdt te doorbreken en de angst te leren hanteren. Bij deze behandeling worden adviezen gegeven die gebaseerd zijn op de principes van de cognitieve gedragstherapie. In de gesprekken houdt de huisarts er rekening mee dat veel mensen zich schamen voor hun angst. Een intensieve behandeling door de huisarts met cognitieve gedragstherapie is een facultatieve optie, gezien de benodigde vaardigheden en de forse tijdsinvestering. Indien de huisarts hierin onvoldoende deskundig is of de tijdsinvestering niet haalbaar is, wordt de patiënt – afhankelijk van de ernst van de angststoornis (en eventuele comorbiditeit) – verwezen naar een eerstelijnspsycholoog, een andere eerstelijnspsycholoog of naar de tweede lijn.

Bij de meeste angststoornissen kan een medicamenteuze behandeling worden ingesteld. Aangevoerd is dat antidepressiva een gunstig effect hebben op het beloop van de meeste angststoornissen. De beslissing om een antidepressivum voor te schrijven hangt af van de wens van de patiënt, van het type angststoornis, van de ernst en de duur van de angststoornis, van de mate van subjectief lijden en van de aanwezigheid van comorbiditeit in de vorm van een depressie. Het is belangrijk dat de huisarts vraagt naar het gebruik van zogenoemde alternatieve geneesmiddelen zoals passiflora, valeriana en sint-janskruid, omdat door combinatie van deze middelen met reguliere medicijnen interacties kunnen ontstaan. Sommige interacties kunnen gevaarlijk zijn, zoals die tussen sint-janskruid en een SSRI.

Over de keuze van de behandeling kan in het algemeen worden gesteld dat zowel medicamenteuze behandeling met begeleiding van de huisarts als niet-medicamenteuze behandeling in de vorm van cognitieve gedragstherapie een goede eerstekeuzebehandeling is. Bij comorbiditeit in de vorm van een depressie is medicamenteuze behandeling of een combinatiebehandeling (eerst medicatie, gevolgd door cognitieve gedragstherapie) een goede keuze.

Behandeling door de eerstelijnspsycholoog

Na het diagnostisch onderzoek stelt de eerstelijnspsycholoog een behandelvoorstel op en bespreekt dit met de patiënt. Tevens wordt in deze fase een begin gemaakt met het leggen van een therapeutische relatie waarin de patiënt zich begrepen voelt in zijn klachten. De eerstelijnspsycholoog verwoordt zijn visie op het ontstaan van de klachten en de manier waarop de behandeling tot herstel kan leiden. Dit moet zo veel mogelijk aansluiten bij de ervaring van de patiënt en uitzicht bieden op verbetering

om de motivatie en inzet van de patiënt te bevorderen. De voorgestelde behandeling sluit aan bij de therapeutische mogelijkheden van de patiënt en zijn omgeving. De behandeling is gericht op het opheffen van de angstklachten dan wel op het voor de patiënt beter beheersbaar maken van de problemen ('herstel van evenwicht').

De behandeling vindt (grotendeels) plaats vanuit een cognitief gedragstherapeutisch referentiekader. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is wetenschappelijk gezien de best onderbouwde behandeling bij angststoornissen. CGT richt zich primair op het verminderen van de angstklachten en het opheffen van het vermijdingsgedrag. Daarnaast richt de eerstelijnspsycholoog zich op het versterken van de gezonde kant van de patiënt. Hiermee beoogt hij het psychisch evenwicht te herstellen. Als de patiënt instemt met het behandelvoorstel, kan met de behandeling worden begonnen.

De behandeling is in principe kortdurend van aard (maximaal twaalf sessies van 45 minuten) en vraagt een actieve houding van de patiënt. Bij een individuele behandeling kunnen ook de partner van de patiënt of andere (voor de patiënt) belangrijke personen worden betrokken. De behandeling wordt ondersteund met psycho-educatie en eventueel ontspanningsoefeningen. In een tussentijdse evaluatie wordt bepaald of de ingezette behandeling tot een vermindering van de angstklachten leidt. Vaak zal de eerstelijnspsycholoog beginnen met wekelijkse afspraken. Zodra er enige verbetering optreedt, worden de afspraken meer gespreid: tweewekelijks of driewekelijks. Als de klachten grotendeels verdwenen zijn, plant de eerstelijnspsycholoog vaak nog een follow-upgesprek om de patiënt te stimuleren het geleerde toe te passen en om na te gaan of het behaalde effect is geconsolideerd. Bij geen of onvoldoende vermindering van de angstklachten en/of verbetering van het functioneren zal de eerstelijnspsycholoog een aangepaste behandeling dan wel een (terug)verwijzing met de huisarts bespreken.

Medicatie bij gezamenlijke behandeling

Signaleert de eerstelijnspsycholoog een indicatie voor medicamenteuze behandeling, dan verwijst hij de patiënt naar de huisarts. Ook wanneer de patiënt zelf vraagt naar medicatie, zowel regulier als alternatief, moet overleg met de huisarts plaatsvinden. Het gebruik van psychofarmaca kan de psychologische interventie beïnvloeden. Wanneer een patiënt onder behandeling is van een eerstelijnspsycholoog, schrijft de huisarts geen psychofarmaca voor zonder overleg met de eerstelijnspsycholoog. Bij een gecombineerde behandeling door

eerstelijnspsycholoog (psychologische interventie) en huisarts (psychofarmaca) zal de huisarts vooral het medicatiegebruik begeleiden, terwijl de eerstelijnspsycholoog de psychologische interventie verricht en de voortgang daarvan evalueert. Zowel de huisarts als de eerstelijnspsycholoog heeft in dat geval oog voor de voortgang en het herstel. Onderling wordt per situatie afgesproken wanneer overleg aangewezen is.

Angststoornissen en werkomgeving

Bij werkverzuim of disfunctioneren op het werk adviseert de eerstelijnspsycholoog de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts. Bij een ernstige angststoornis zal de eerstelijnspsycholoog overwegen dit in overleg met de patiënt zelf te doen. Het is van belang afspraken te maken over het aanpassen van de werkzaamheden, het soms noodzakelijke werkverzuim en de terugkoppeling naar de werksituatie. Ook is het belangrijk met de bedrijfsarts te overleggen over de te verwachten duur van het werkverzuim en over werkgerelateerde factoren die het herstel kunnen belemmeren. Een aandachtspunt hierbij is eventueel vermijdingsgedrag. Ook bij verschil in inzicht met betrekking tot diagnostiek, beleid of verwijzing is overleg aangewezen.

Verwijzen, consultatie en rapportage

De huisarts kan de patiënt verwijzen naar de eerstelijnspsycholoog voor een niet-medicamenteuze behandeling, voor een diagnostisch consult bij twijfel aan de diagnose angststoornis of bij ernstige psychosociale problematiek. Een dergelijke verwijzing vindt plaats door middel van een verwijsbrief of telefonisch contact. In de verwijsbrief of in het telefoongesprek wordt adequate informatie gegeven over voorgeschiedenis, medicatie, ernstige ziekten en eventuele andere relevante zaken.

De eerstelijnspsycholoog verwijst de patiënt voor een consult naar de huisarts bij het vermoeden van somatische pathologie. Ook wanneer een patiënt met angststoornissen op eigen initiatief de eerstelijnspsycholoog bezoekt en de psycholoog twijfelt over de aanwezigheid van een somatische aandoening wordt de patiënt naar de huisarts verwezen. Zoekt de patiënt primair hulp bij een eerstelijnspsycholoog, dan stelt hij de huisarts daarvan in kennis bij de start van de psychologische hulp, tenzij de patiënt hiervoor geen toestemming geeft. Verwijzing door de eerstelijnspsycholoog naar de huisarts vindt plaats door middel van een verwijsbrief of telefonisch contact. Na consultatie ten behoeve van diagnostiek, wanneer een medicamenteuze behan-

deling (zowel regulier als alternatief) wordt overwogen, bij eventuele complicaties en aan het einde van de behandeling rapporteren de eerstelijnspsycholoog en de huisarts aan elkaar, wordt het beleid van huisarts en eerstelijnspsycholoog op elkaar afgestemd en worden afspraken gemaakt over de taakverdeling bij de begeleiding. Huisarts en eerstelijnspsycholoog overleggen zo nodig met elkaar over indicaties voor aanvullende diagnostiek en over verwijsmogelijkheden naar de tweede lijn.

Schematisch ziet het verwijzbeleid van huisarts en eerstelijnspsycholoog er als volgt uit.

Van huisarts naar eerstelijnspsycholoog:

- consult bij twijfel aan de diagnose;
- bij een duidelijke voorkeur van de patiënt voor behandeling door de eerstelijnspsycholoog;
- bij onvoldoende effect van begeleiding en behandeling door de huisarts;
- bij ernstige psychologische of psychosociale problemen;
- bij persoonlijkheidsstoornissen die het herstel belemmeren en waarvoor nadere diagnostiek en een andere aanpak geïndiceerd zijn.

Van eerstelijnspsycholoog naar huisarts:

- consult bij overweging aanvullende somatische diagnostiek;
- voor nader overleg over individuele of complexe gezinsproblematiek;
- voor instellen/overleg medicamenteuze behandeling;
- bij onvoldoende effect van de behandeling;
- voor medebeoordeling van psychiatrische problematiek.

Wanneer de gecombineerde behandeling door huisarts en eerstelijnspsycholoog stagneert, of wanneer men bij een psychologische behandeling binnen drie maanden geen vooruitgang ziet, worden de diagnose en het beleid in onderling overleg heroverwogen (doorgaan met begeleiding, medicatie of verwijzing naar de tweede lijn). Hetzelfde geldt wanneer een aangepaste of nieuwe interventie na twee maanden geen effect heeft.

De patiënt wordt in elk geval naar de tweede lijn (GGZ of psychiater) verwezen:

- bij ernstig sociaal disfunctioneren of uitblijven van herstel, ondanks maximale behandeling;
- bij persoonlijkheidsstoornissen die de angststoornis in stand houden;
- bij complexe problematiek die langdurig intensieve of specialistische behandeling vergt;

- bij verslavingsproblematiek;
- bij een (ernstige) obsessieve compulsieve stoornis.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio

De volgende aandachtspunten kunnen door middel van overleg in de regio nader worden besproken en tot concrete werkafspraken worden uitgewerkt.

Algemeen

- Wat is het ervaren verschil tussen het medische en psychologische denkmodel?
- Wat en hoe vergoeden de preferente zorgverzekeraars?

Afstemming huisarts-eerstelijnspsycholoog

- Hoe communiceren beide beroepsgroepen met elkaar?
- Welke informatie (formulieren) wordt ten minste gegeven bij verwijzing en terugrapportage?
- Hoe stemt de huisarts de medicamenteuze behandeling af met de eerstelijnspsycholoog?
- Hoe vindt afstemming plaats bij (psychische) comorbiditeit, zoals depressie?
- Wat zijn de onderlinge afspraken bij problemen op het werk van de patiënt en hoe verloopt afstemming over contact met de bedrijfsarts?
- Hoe kan worden vermeden dat de patiënt als boodschapper wordt gebruikt?
- Welke vragenlijsten en methodieken worden in de regio gebruikt?
- Wat zijn de wachttijden in de regio voor een eerste consult, zowel in het algemeen als bij urgente angststoornissen?
- Bij langere wachttijden: worden er afspraken gemaakt over medicatie om de wachttijd te overbruggen?

- Bij lange wachttijden voor behandeling in de tweede lijn: zijn er mogelijkheden tot behandeling bij een eerstelijnspsycholoog ter overbrugging en voorbereiding van behandeling in de tweede lijn?
- Zijn er eerstelijnspsychologen in de regio met specifieke specialisaties/aandachtsgebieden (posttraumatische stressstoornis, kinderen en jeugd)?
- Zijn er huisartsen in de regio met specifieke deskundigheid op het gebied van behandeling van angststoornissen?

Andere beroepsgroepen

- Welke mogelijkheden zijn er lokaal en regionaal voor het invullen van de zorg door hulpverleners in de eerste lijn?
- Welke verwijsmogelijkheden zijn er in de regio?
- Welke verwijsmogelijkheden naar de tweede en derde lijn zijn er in de regio?
- Welke verwijsmogelijkheden zijn er voor specifieke angststoornissen?

Totstandkoming

In februari 2006 startte een werkgroep van huisartsen en eerstelijnspsychologen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen met het realiseren van de LESA Angststoornissen.

Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: E. Faber, M.H. Grol, F.B. van Heest, G.J.H. Neomagus, B. Terluin en J.A. Vriezen. Namens de LVE hadden zitting: M. Kroon, J.M. Lagerberg, E.T.T. Lamers, R. Lingsma en C.M. van Putten.

De belangrijkste discussiepunten tijdens de werkgroepbijeenkomsten waren:

- afbakenen van zorg bij de verschillende soorten angststoornissen;
- het medische denkmodel versus het psychologische denkmodel;
- belang van voorlichting, begeleiding en behandeling;
- al of niet voorschrijven van medicatie;
- aandacht voor de werksituatie.

In augustus 2006 is een conceptversie ter commentariëring voorgelegd aan een steekproef van

50 huisartsen (NHG-leden). De LVE heeft de conceptversie voorgelegd aan een selectie van 50 psychologen. Er werd commentaar ontvangen van 16 huisartsen en 22 psychologen. Tevens werd het concept van de LESA voorgelegd aan een aantal referenten, te weten: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, psychiater, dr. A.H. Blankenstein, huisarts, dr. M.F. Cox, huisarts, dr. P.M.A.J. Dingemans, psycholoog, I. van Driel (MO-groep), drs. K. de Leest, apotheker, drs. R. Snel, psycholoog, dr. A.A. Vendrig, psycholoog, en drs. M.M. Versluis (NPCF). Vermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft.

In september 2006 is de concepttekst door het NHG bestuurlijk vastgesteld. Aansluitend is de LESA vastgesteld door het bestuur van de LVE.

De coördinatie was in handen van J.A. Vriezen namens het NHG en J.M. Lagerberg en E.T.T. Lamers namens de LVE. De heer S. Flikweert, huisarts en senior-wetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij de realisatie van deze LESA.

Via het Netwerk Eerstelijns Organisaties (NEO, www.neonetwerk.nl) werd subsidie van het ministerie van VWS verkregen voor de totstandkoming van de LESA Angststoornissen.

© 2007 Nederlands Huisartsen Genootschap en Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen.

Noot 1

Terluin B, Van Heest FB, Van der Meer K, Neomagus GJH, Hekman J, Aulbers LPJ, Starreveld JS, Grol MH. NHG-Standaard Angststoornissen. Eerste herziening. Huisarts Wet 2004;47(1):26-37 of www.nhg.org (rubriek NHG-Standaarden).

Noot 2

Richtlijn Intake en indicatiestelling voor eerstelijnspsychologen. Amsterdam: LVE, 2006.

Noot 3

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg en het Trimbos-instituut. Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen. Utrecht, 2003.

Noot 4

Jaarbericht LVE 2005, www.LVE.nl.

Noot 5

De website van de Angst, Dwang en Fobie stichting is: www.fobieclub-nederland.nl.