

15 Angststoornissen

C.M. Gundy, L.C. Lemmens

- De belangrijkste behandelingsvormen van angststoornissen zijn cognitieve gedragstherapieën, *in vivo* blootstelling en farmacotherapieën. De behandeling is vooral gericht op stabilisatie en symptoomreductie.
- Bij de zorg voor mensen met angststoornissen spelen de huisarts, apotheek en de GGZ een aanzienlijke rol. In mindere mate geldt dit voor de bedrijfsarts, fysiotherapeut, thuiszorg en informele en alternatieve hulpverleners.
- Er zijn twee landelijke ziektespecifieke afstemmingsafspraken tussen zorgverleners gevonden: één monodisciplinaire richtlijn (NHG-standaard) en één recentelijk verschenen multidisciplinaire richtlijn die wordt geïmplementeerd.
- Op regionaal niveau zijn er via de literatuur/databanken twee afstemmingsafspraken gevonden voor angststoornissen en via de schriftelijke enquête acht.
- De acht gevonden regionale afspraken hadden vooral tot doel om de zorg doeltreffender, inzichtelijker en meer patiëntgericht te maken. Dit gebeurt meestal door de ontwikkeling van een gezamenlijke zorgvisie en gezamenlijke protocollen. De implementatie van deze afspraken in de dagelijkse patiëntenzorg is nog niet afgerond.
- Over de ervaringen van de patiënten in de zorgverlening zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. Volgens betrokken zorgaanbieders liggen de knelpunten vooral bij opsporing en diagnose, gegevensoverdracht tussen zorgverleners, beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgverleners, de coördinatie binnen de zorg en andere financiële en organisatorische belemmeringen.

15.1 Inleiding

Een angststoornis is een neurotische stoornis met als meest kenmerkende symptoom een pathologische vorm van angst of het bestaan van een fobie. Daarbij kan sprake zijn van slaapstoornissen, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, affectvervlakking, ademnood, duizeligheid, hartkloppingen, beven, zweten, overmatige alertheid, autonome hyperactiviteit en motorische spanning (1-2).

Onder de brede groep angststoornissen vallen paniekstoornissen met en zonder agorafobie¹, specifieke fobie, sociale fobie, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSD), acute stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornis (met inbegrip van overmatige angststoornis in de kinderleeftijd). De indeling van verschillende angststoornissen heeft meer te maken met het soort object of de situatie waarmee de angst is geassocieerd dan met de structuur van onderliggende (pathologische) processen (1-2).

Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat de maand-prevalentie van angststoornissen voor volwassen mannen ongeveer 7% is en ongeveer 14% voor volwassen vrouwen. Specifieke en sociale fobieën komen het vaakst voor, gevolgd door de gegeneraliseerde angststoornis. Obsessief-compulsieve stoornissen komen het minst vaak voor (1;3).

Hoewel de precieze invloed niet bekend is, hangt het voorkomen van angststoornissen samen met verschillende persoonskenmerken (zoals geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen, samenstelling van het huishouden, maatschappelijke positie), culturele aspecten en persoonlijke gebeurtenissen (bijvoorbeeld optreden van een relatief groot aantal life-events of mishandeling in de voorgeschiedenis) (3-7). De - door life-events geïnduceerde - stress kan in combinatie met genetische dispositie en/of afwijkingen in de neuronale en hormonale systemen de kans op een angststoornis verhogen (1). Ook verhogen cafeïne- of amfetamine-intoxicatie, onthouding van alcohol of hypoglycaemie het risico op ontwikkeling van een angststoornis.

Een angststoornis kan een vrij geïsoleerd fenomeen zijn, met minder ernstige symptomen en zonder al te grote gevolgen voor een patiënt: bijvoorbeeld een fobie voor slangen in een land waar weinig slangen zijn. Het is echter ook mogelijk dat een

¹ Syndroom waarbij angst van onbekende origine zich aan allerlei situaties en/of objecten hecht.

angststoornis gepaard gaat met een complex somatische trauma, bijvoorbeeld bij slachtoffers van rampen of posttraumatische stress opgelopen tijdens het uitoefenen van een beroep. Dit kan verstrekende gevolgen hebben voor het leven en/of werk van de patiënt (8-11).

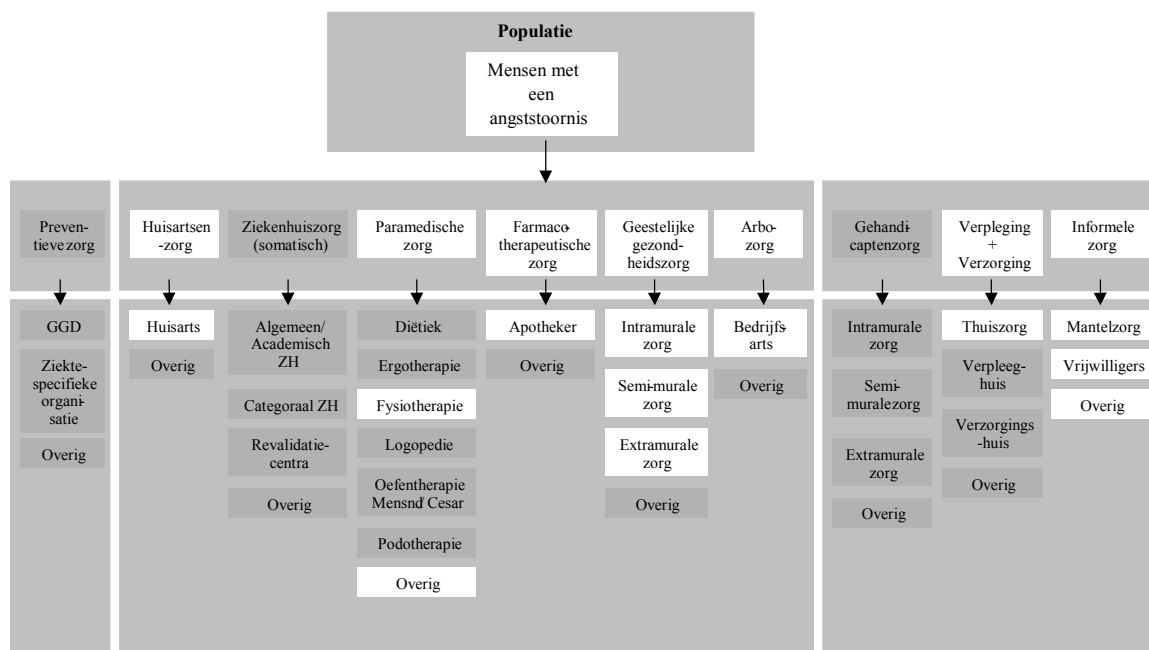
Angststoornissen zijn over het algemeen chronisch van aard (12-13). PTSD kan bijvoorbeeld na 40 jaren nog sporen achterlaten (14). Spontane remissie² bij bijvoorbeeld sociale angststoornis, komt in slechts één op de vier gevallen voor (15). Na adequate behandeling, kan ongeveer 60% van de patiënten vermindering van de ernst van de symptomen verwachten. Zestig procent van de patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis kan zelfs op volledige remissie rekenen (1). Echter, tot die tijd is het verlies van kwaliteit van leven aanzienlijk (5;15-17).

15.2 Betrokken zorgaanbieders

De behandeling van angststoornissen richt zich voornamelijk op stabilisatie en symptoomreductie. Daarbij worden – grofweg – drie typen behandelingen onderscheiden: cognitieve gedragstherapieën (waaronder ontspanningstechnieken), *in vivo* blootstelling (systematische blootstelling aan het object of de situatie die angstgevoelens oproept) en farmacotherapie.

In figuur 15.1 is te zien welke zorgverleners in principe betrokken zijn bij de zorg voor mensen met een angststoornis. Alleen die zorgaanbieders waarover in de literatuur informatie is gevonden over zorggebruik, zijn in de figuur wit gemaakt. Dat wil niet zeggen dat de andere zorgaanbieders niet betrokken zijn bij de zorg voor mensen met angststoornissen.

² Vermindering van ziekteverschijnselen zonder dat deze geheel verdwijnen



Figuur 15.1: Zorgverleners en organisaties betrokken bij de zorg voor mensen met angststoornissen (aangegeven met witte blokken).

Huisartsenzorg

De huisarts heeft een belangrijke rol in de diagnostiek, behandeling en begeleiding, controles en doorverwijzing van mensen met een angststoornis. In 1996 heeft ongeveer 27% van de mensen met een angststoornis de huisarts bezocht vanwege hun probleem (18). Na de diagnosestelling kan de huisarts voorlichting geven en tot behandeling overgaan. Als de behandeling niet aanslaat, als de klachten dusdanig ernstig zijn of als er sprake is van ernstig sociaal disfunctioneren, kan de huisarts de GGZ consulteren of daarna doorverwijzen. De patiënten worden door de huisarts vooral doorverwezen naar de psychiater (33% van de verwezen mensen), (eerstelijns)psycholoog (24%), RIAGG (22%) en fysiotherapeut (12%) (aanvullende analyses LINH registratiejaar 2001).

Paramedische zorg

De fysiotherapeut en/of haptonoom werden, in 1996, door 4,4% van de mensen met een angststoornis bezocht (18). Daarbij gaat het onder andere om het aanleren van ontspanningstechnieken.

Farmacotherapeutische zorg

Farmacotherapeutische zorg vormt een substantieel onderdeel van de behandeling van angststoornissen. Geneesmiddelen namen, in 1999, ongeveer 31% van de totale kosten van de zorg voor angststoornissen voor hun rekening (19). Vijfenvijftig-plussers met een angststoornis blijken 2,5 keer zo vaak kalmerende middelen te gebruiken dan vijfenvijftig-plussers zonder een dergelijke stoornis (17).

Geestelijke Gezondheidszorg

In 1996 had ongeveer 31% van de volwassenen met een angststoornis contact met een vorm van geestelijke gezondheidszorg (18). Ongeveer 4% is poliklinisch behandeld, ongeveer 2% kreeg een psychiatrische deeltijdbehandeling in een ziekenhuis en 2% is intramuraal behandeld. Acht procent bezoekt een RIAGG, bijna 9% een vrijgevestigde psychiater, psycholoog of psychotherapeut en 6% had contact met een algemeen maatschappelijk werker (18).

Arbozorg

De bedrijfsarts heeft een signalerende of verwijzende functie bij angststoornissen. Daarbij speelt mee dat sommige posttraumatische stressstoornissen tijdens de uitvoering van het werk worden opgelopen (8-9). Van de mensen met een angststoornis bezocht in 1996 8% de bedrijfsarts (18).

Verpleging en verzorging

Thuiszorg

Patiënten worden incidenteel door de thuiszorg opgevangen en begeleid; in 1996 kreeg 2% hulp van de gezinsverzorging en/of wijkverpleging (18).

Informele zorg

Naast de formele zorg wordt er bij angststoornissen ook een beroep gedaan op informele zorg, waaronder zelfhulporganisaties (2%), telefonische hulpdiensten (2%), en geestelijke hulpverleners, zoals dominees, pastoren en imams (2%). De cijfers dateren uit 1996 (18).

Alternatieve zorg

In 1996 deed 4% van de mensen met een angststoornis een beroep op alternatieve hulpverleners, zoals homeopaten, acupuncturisten en iriscopisten (18).

15.3 Afspraken tussen zorgaanbieders

15.3.1 Landelijke afstemmingsafspraken

Er zijn twee landelijke afspraken achterhaald met betrekking tot de zorg voor mensen met een angststoornis (zie tabel 15.1): de monodisciplinaire NHG-standaard 'Angststoornissen' (20) en de 'Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen'. De NHG-standaard geeft richtlijnen ten aanzien van zorginhoud, taakverdeling, patiëntgerichtheid en kwaliteitsbewaking van de zorg. De 'Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen' (21) is recentelijk verschenen. Aan de ontwikkeling van deze richtlijn werkten mee: de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), GGZ Nederland, Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT), Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werk (NVMW), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), het Trimbos Instituut en het CBO. Momenteel wordt deze richtlijn geïmplementeerd. De 'Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen' heeft betrekking op de aspecten patiëntgerichtheid, zorginhoud, bekwaamheid en deskundigheid van zorgaanbieders, en kwaliteitsbewaking van de zorg.

Tabel 15.1: Overzicht van landelijke afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg voor 'angststoornissen' op basis van literatuur en enquête

| Afspraak | Betrokken organisaties | Aantal afspraken dat betrekking heeft op de aspecten : | | | | | | | | |
|---|--|--|-----|--------|------|------|-------|------|-----|-----|
| | | toeg | pat | inhoud | desk | taak | gegev | kwat | wet | fin |
| NHG standaard Angststoornissen | NHG | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 |
| Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen | NVAB, GGZ Nederland, EUR, NHG, NIP, NVCT, NVMW, NVvP, NVPMT, NVP, NVZA, Trimbos, CBO | 1 | 1 | | 1 | | | | | 1 |

15.3.2 Regionale afstemmingafspraken

Literatuur en databanken

Op regionaal niveau zijn er twee projecten gevonden waarin afstemmingsafspraken zijn gemaakt (tabel 15.2a en 15.2b). Deze afspraken hebben betrekking op inhoud, bekwaamheid en kwaliteit. Activiteiten zijn onder andere het ontwikkelen en beschrijven van therapeutische programma's en het geven van voorlichting en cursussen.

Bij beide projecten gaat het om een samenwerkingsverband tussen een RIAGG en een psychiatrisch ziekenhuis in dezelfde regio. Er zijn echter verschillende hulpverleners bij de twee projecten betrokken: aan het ene project nemen psychiaters en psychotherapeuten deel, en aan het andere project psychotherapeuten, maatschappelijk werkers, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundigen.

Tabel 15.2a: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken tussen verschillende zorgaanbieders/instellingen betrokken bij de (keten)zorg voor angststoornissen op basis van literatuur en databanken

| Totaal aantal projecten 2 | | waarvan in samenwerking met: | | | | |
|---------------------------|--------|------------------------------|----|----|-----|----|
| Betrokken zorgaanbieders | Totaal | MS | GW | VP | GVP | AG |
| MS | 1 | * | 1 | 0 | 0 | 0 |
| GW | 2 | | * | 1 | 1 | 1 |
| VP | 1 | | | * | 1 | 1 |
| GVP | 1 | | | | * | 1 |
| AG | 1 | | | | | * |

Tabel 15.2b: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg voor angststoornissen op basis van literatuur en databanken

| Zorgketen | Aantal projecten/afspraken | Aantal projecten dat betrekking heeft op de aspecten: | | | | | | | | |
|--------------|----------------------------|---|-----|--------|------|------|-------|------|-----|-----|
| | | toeg | pat | inhoud | desk | taak | gegev | kwat | wet | fin |
| MS-GW | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| GW-VP-GVP-AG | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Totaal | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |

Enquête

De enquête onder regionale of lokale organisaties leverde in totaal acht afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders op (tabel 15.3). Er zijn vijf regionale GGZ-instellingen die ieder een afstemmingsafpraak hebben met andere zorgaanbieders. Verder zijn er twee instellingen van verpleeg- en verzorgingshuizen met ieder een afspraak en één ziekenhuis heeft ook één afstemmingsafpraak genoteerd.

Naast de regionale GGZ-instellingen is de psychiatrische ziekenhuiszorg (voor zover deze niet in regionale GGZ-instellingen is geïntegreerd) bij een meerderheid van de gerapporteerde afstemmingsafspraken betrokken (tabel 15.4a). Andere partijen zijn minder vaak genoemd. Daarbij moet worden opgemerkt dat in de meeste regio's RIAGG's in GGZ-instellingen zijn geïntegreerd. Dit geldt niet voor de 2 RIAGG's die in tabel 15.4a afzonderlijk zijn genoemd.

Tabel 15.3: Aantal regionale afstemmingsafspraken met betrekking tot angststoornissen volgens de zorgaanbieders

| Zorgaanbieders | Aantal respondenten | Aantal zorgaanbieders met afspraken | Aantal afspraken |
|---|---------------------|-------------------------------------|------------------|
| GGZ instellingen | 59 | 5 | 5 |
| Instellingen van verpleeg- en verzorgingshuizen | 91 | 2 | 2 |
| Algemene en academische ziekenhuizen | 46 | 1 | 1 |
| GGD | 19 | 0 | 0 |
| DHV | 5 | 0 | 0 |
| Thuiszorg instellingen | 56 | 0 | 0 |
| Instellingen voor verstandelijk gehandicapten | 72 | 0 | 0 |
| Totaal aantal afspraken | | | 8 |

Afstemmingsafspraken hebben betrekking op verschillende zorgaspecten. In tabel 15.4b wordt getoond op welke aspecten de afstemmingsafspraken, volgens de respondenten, betrekking hebben.

Tabel 15.4a: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders/instellingen betrokken bij de zorg voor angststoornissen op basis van enquête

| Totaal aantal afspraken 8 | | waarvan in samenwerking met: | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------|------------------------------|----|----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|----|------|----|
| Betrokken zorgaanbieders | Totaal | HA | ZH | MS | APO | VVH | GGZ | PZH | RIAG | VSZ | RIBW | AMW | PV | VERZ | GW |
| HA | 3 | * | 0 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| ZH | 3 | | * | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| MS | 2 | | | * | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| APO | 3 | | | | * | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| VVH | 2 | | | | | * | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| GGZ | 8 | | | | | | * | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| PZH | 5 | | | | | | | * | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| RIAGG | 2 | | | | | | | | * | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| VSZ | 1 | | | | | | | | | * | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| RIBW | 1 | | | | | | | | | | * | 0 | 1 | 0 | 1 |
| AMW | 1 | | | | | | | | | | | * | 1 | 0 | 0 |
| PV | 4 | | | | | | | | | | | | * | 1 | 1 |
| VERZ | 2 | | | | | | | | | | | | | * | 0 |
| GW | 2 | | | | | | | | | | | | | | * |

Tabel 15.4b: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken per 'keten' van zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg voor angststoornissen op basis van enquête

| Zorgketen | Aantal afspraken | Aantal afspraken dat betrekking heeft op de zorgaspecten: | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|---|-----|--------|------|------|-------|------|-----|-----|--|
| | | toeg | pat | inhoud | desk | taak | gegev | kwat | wet | fin | |
| HA-APO-VVH-GGZ-PZH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| HA-APO-VVH-GGZ-VERZ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| HA-GGZ-PZH-RIAGG-AMW-PV | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | |
| ZH-MS-APO-GGZ-GW | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| ZH-MS-GGZ-PZH-RIAGG-VSZ-RIBW-PV-GW | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| ZH-GGZ-PZH | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| GGZ-PZH-PV-VERZ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| GGZ-PV | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Totaal | 8 | 7 | 7 | 7 | 7 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 | |

In de meerderheid van de gevallen gaat het om afstemmingsafspraken met betrekking tot toegankelijkheid van de zorg, patiëntgerichtheid, zorginhoud, bekwaamheid en deskundigheid en de afbakening van taken en verantwoordelijkheden. Afspraken over andere zorgaspecten komen minder voor.

Aan de respondenten is gevraagd om aan te geven welke doelen aan de afstemmingsafspraken ten grondslag liggen. Tabel 5.5 laat de resultaten zien. Het bevorderen van de doeltreffendheid van de behandeling, de patiëntgerichtheid in de zorg en de inzichtelijkheid van het zorgproces worden bij de meeste afstemmingsafspraken als doel genoemd.

Tabel 15.5: Doelen van de afstemmingsafspraken voor (keten)zorg bij angststoornissen op basis van enquête

| Doelen | Aantal afstemmingsafspraken |
|---|-----------------------------|
| Meer doeltreffende behandeling | 6 |
| Kortere wachttijden | 2 |
| Snellere doorstroom | 2 |
| Kostenbesparing | 1 |
| Meer inspraak in de behandeling door patiënt | 4 |
| Meer patiëntgericht | 7 |
| Verkleining kloof tussen zorgvraag en -aanbod | 3 |
| Voorkomen of oplossen van doublures in de zorgverlening | 2 |
| Betere toegankelijkheid van dossierinformatie | 1 |
| Betere privacywaarborging | 0 |
| Verminderen van complicaties | 2 |
| Verbeteren onderlinge waarneming/vervanging | 4 |
| Inzichtelijker maken van het zorgproces voor de patiënt | 5 |
| Inzichtelijker maken van het zorgproces voor de zorgaanbieders | 5 |
| Betere informatie-uitwisseling over het ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder | 4 |
| Betere informatie-uitwisseling over het ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling | 4 |
| Betere informatie-uitwisseling over de behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder | 4 |
| Betere informatie-uitwisseling over de behandeling tussen zorgaanbieders onderling | 4 |
| Totaal | 8 |

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

De andere doelen werden minder genoemd. Een betere privacywaarborging kwam in het geheel niet voor.

Verder blijkt uit de enquête dat alle gerapporteerde afstemmingsafspraken gericht zijn op curatie. Preventieve activiteiten en verzorging komen minder aan bod (tabel 15.6).

Tabel 15.6: Type zorg waaraan de afstemmingsafspraken over de zorg bij angststoornissen gerelateerd zijn op basis van enquête

| Type zorg | Aantal afstemmingsafspraken |
|----------------------|-----------------------------|
| Primaire preventie | 1 |
| Secundaire preventie | 3 |
| Curatieve zorg | 8 |
| Verzorging | 3 |
| Totaal | 8 |

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

In tabel 15.7 wordt weergegeven uit welke elementen de afstemmingsafspraken volgens de respondenten bestaan. Van de acht afstemmingsafspraken bevatten er vijf een gezamenlijke zorgvisie. Bij drie afspraken zijn er gezamenlijke zorgplannen ontwikkeld, vinden er gezamenlijke patiëntbesprekingen en/of evaluatie-overleg plaats. De andere elementen die aan de respondenten zijn voorgelegd zijn minder vaak aangekruist.

Tabel 15.7: Elementen waarop afstemmingsafspraken over de zorg bij angststoornissen betrekking hebben op basis van enquête

| Elementen | Aantal afstemmingsafspraken |
|---|-----------------------------|
| Gezamenlijke zorgvisie | 5 |
| Gezamenlijke zorgplannen | 3 |
| Gezamenlijke protocollen | 5 |
| Gezamenlijke patiëntdossiers | 1 |
| Gezamenlijke registratie van fouten, incidenten en calamiteiten | 1 |
| Gezamenlijke patiëntbesprekingen | 3 |
| Gezamenlijke procedure inzake klachtenbehandeling | 0 |
| Gezamenlijke patiëntraadpleging | 1 |
| Gezamenlijk evaluatie-overleg | 3 |
| Gezamenlijk budget | 0 |
| Integrale verslaglegging | 2 |
| Gezamenlijke informatiebrochure | 2 |
| Totaal | 8 |

In de bijlage zijn dezelfde gegevens uitgesplitst naar het type zorgaanbieders

Op verschillende manieren kan nagegaan worden hoe de afstemmingsafspraken in de praktijk werken. Uit de enquête blijkt dat zes afstemmingsafspraken over angststoornissen worden geëvalueerd. Bij deze evaluaties kan gebruik gemaakt worden van één of meerdere methoden. In vier gevallen is er sprake van een tevredenheidsonderzoek of een meningspeiling en in drie gevallen wordt een effectonderzoek uitgevoerd. Overigens zijn vijf evaluaties (nog) niet afgerond en is bij één evaluatie niet door de respondent aangegeven of deze al dan niet is afgerond.

15.4 Ervaringen van patiënten

Er is weinig onderzoek naar de ervaringen met de zorg van Nederlandse patiënten met angststoornissen. Een studie onder ouderen laat zien dat ruim 20% van mensen met een angststoornis vond dat ze onvoldoende hulp ontvingen, terwijl dat bij de controlegroep 4,3% was (17). Uit het onderzoek blijkt verder dat het vooral ontbrak aan specialistische zorg specifiek bedoeld voor angststoornissen.

15.5 Ervaringen van zorgaanbieders

Literatuur

Uit de literatuurstudie komt een aantal knelpunten met betrekking tot de zorg voor mensen met een angststoornis naar voren.

Ten eerste is er een algemeen probleem bij het definiëren en classificeren van psychische aandoeningen. De DSM-IV, de ICD-10 en de ICPC zijn verschillende systemen met verschillende classificaties en doelstellingen. Aangezien ze door verschillende typen zorgverleners worden gebruikt, kan dit een secure informatieoverdracht (bijvoorbeeld van patiëntendossiers) bemoeilijken (22).

Een tweede knelpunt heeft te maken met de herkenning en diagnosestelling. Huisartsen onderkennen en diagnosticeren een onvoldoende aantal gevallen (17). De meeste patiënten zullen hun huisarts niet spontaan, of direct, over hun klachten informeren (20). Dit betekent dat het voor een deel afhankelijk is van de huisarts of een angststoornis wordt onderkend. Daar komt bij dat angststoornissen vaak voorkomen in combinatie met andere psychische aandoeningen waardoor de symptomen van een angststoornis gezien kunnen worden als symptomen van een andere psychische aandoening (1;3;4-7;23). Tevens geldt dat de anamnese bij verdenking van een angststoornis niet systematisch en rationeel omschreven is (20). Hiervoor is echter een aantal instrumenten ontwikkeld, waarop mogelijk verder gebouwd kan worden (24-27). Daarnaast kunnen gevallen van angststoornissen dusdanig mild zijn dat zorgverleners geen hoge prioriteit aan de diagnose en behandeling geven (7).

Een derde knelpunt betreft de zorg die de patiënt ontvangt. De huisartsen geven zelf aan dat –voor bepaalde gevallen- het nodige schort aan de zorgverlening (28).

Zeventig procent van de responderende huisartsen zei dat er problemen waren met het type, aantal en beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgverleners. Bovendien vond

22% dat hun diagnostische kennis te kort schoot en 29% vond dat hun vaardigheden in behandeling tekort schoten.

Tenslotte worden ook andere knelpunten zoals problemen met verzekeringen, juridische aspecten, coördinatie van andere zorgverleners en de attitude van de patiënt gesignaleerd (28).

Afspraken in de praktijk

In de eerder genoemde schriftelijke enquête is ook aandacht besteed aan de mate waarin de gerapporteerde afstemmingsafspraken in de feitelijke zorgverlening aan de patiënt zijn geïmplementeerd.

Bij drie van de acht afstemmingsafspraken heeft de respondent geantwoord dat er door de eigen organisatie volledig volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt bij de feitelijke zorgverlening aan de patiënt. Bij vijf afstemmingsafspraken was dat gedeeltelijk het geval. Verder is twee keer aangegeven dat er door de andere betrokkenen volledig volgens de afstemmingsafspraken wordt gewerkt, vijf keer gedeeltelijk en in één geval wist de respondent het niet.

In de enquête is een open vraag opgenomen waarbij de respondent kon aangeven welke factoren het werken volgens de afstemmingsafspraken bevorderen of belemmeren.

Eén respondent noemde het bevorderend dat het belang van de patiënt voorop staat, een ander benadrukte dat een gemeenschappelijke visie op zorg een belangrijke succesfactor is en een derde respondent vond verregaande samenwerking tussen zorgaanbieders een voorwaarde om volgens de afspraken te kunnen werken.

Vier respondenten noemden belemmerende factoren, te weten professioneel 'domein denken' en onvoldoende deskundigheid bij de betrokken zorgverleners. Beide aspecten zijn twee keer genoemd.

Tenslotte is aan de respondenten gevraagd om in te schatten in hoeverre de gestelde doelen ook in de praktijk zijn gerealiseerd. Tabel 15.8 geeft weer hoe vaak de doelen centraal staan in de afstemmingsafspraken, hoe vaak er informatie bekend is over de doelrealisatie en hoe vaak deze doelen gerealiseerd worden.

Tabel 15.8: Doelrealisatie bij afstemmingsafspraken voor de (keten)zorg bij mensen met angststoornissen op basis van de enquête

| Doelen | Aantal keren als doel genoemd | Informatie over doelrealisatie bekend | Aantal gerealiseerd |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Meer doeltreffende behandeling | 6 | 2 | 1 |
| Kortere wachttijden | 2 | 2 | 1 |
| Snellere doorstroom | 2 | 2 | 2 |
| Kostenbesparing | 1 | 0 | 0 |
| Meer inspraak in de behandeling door patiënt | 4 | 2 | 2 |
| Meer patiëntgericht | 7 | 4 | 4 |
| Verkleining kloof zorgvraag en –aanbod | 3 | 2 | 2 |
| Voorkomen/oplossen doublures in zorgverlening | 2 | 1 | 1 |
| Betere toegankelijkheid dossierinformatie | 1 | 1 | 1 |
| Betere privacywaarborging | 0 | 0 | 0 |
| Verminderen complicaties | 2 | 1 | 1 |
| Verbeteren onderlinge waarneming/vervanging | 4 | 1 | 1 |
| Inzichtelijker maken van zorgproces voor patiënt | 5 | 3 | 3 |
| Inzichtelijker maken van zorgproces voor zorgaanbieder | 5 | 2 | 2 |
| Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder | 4 | 1 | 1 |
| Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling | 4 | 2 | 2 |
| Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder | 4 | 2 | 1 |
| Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen zorgaanbieders onderling | 4 | 2 | 2 |

Voor een deel van de doelen is niet bekend of ze al dan niet gerealiseerd worden.

Wanneer dit wel bekend is, geldt dat, naar de mening van de respondenten, de doelen in meer dan de helft van de gevallen zijn gerealiseerd.

15.6 Discussie en conclusie

Angststoornissen komen veel voor in de bevolking. Ze bestrijken een breed continuüm van psychische stoornissen met uiteenlopende oorzaken en diverse verschijningsvormen. Aan de ene kant kan het gaan om een geïsoleerd probleem zonder al te grote gevolgen voor de betrokken persoon. Te denken is aan angst voor bepaalde dieren, zoals muizen en slangen, terwijl de persoon in kwestie daar nauwelijks mee wordt geconfronteerd. Aan de andere kant komen angststoornissen voor in combinatie met ernstige andere psychische stoornissen of ze zijn het gevolg van complexe somatische trauma's. Voorbeelden zijn complexe stressstoornissen nadat men een omvangrijke ramp heeft meegemaakt. Dit levert een nogal heterogene patiëntenpopulatie op met een daarmee samenhangende heterogeniteit van zorgbehoefte en zorggebruik.

Over het zorggebruik bij angststoornissen zijn weinig recente gegevens beschikbaar. Uit enkele onderzoeken blijkt dat veel mensen met angststoornissen geen (specifieke) hulp zoeken of krijgen. De zorg die wel wordt geleverd, komt voor een belangrijk deel van de huisarts, de apotheker, de GGZ (RIAGG, psychiatrisch ziekenhuis, psycholoog, algemeen maatschappelijk werk en psychiater). Daarnaast zijn, echter in minder mate, ook de bedrijfsarts, fysiotherapeut, informele zorg, thuiszorg en alternatieve hulpverleners bij de zorg voor mensen met een angststoornis betrokken.

Uit deze achtergrondstudie blijkt dat het aantal afstemmingsafspraken dat zorgaanbieders specifiek voor angststoornissen hebben gemaakt, beperkt is. Via de schriftelijke vragenlijsten zijn acht regionale afstemmingsafspraken gevonden en via de literatuur en de geraadpleegde databanken twee. De onderkenning dat er nog maar weinig afstemming formeel is geregeld voor de zorg voor mensen met angststoornissen was voor een groot aantal landelijke organisaties een belangrijke reden om de ‘multidisciplinaire richtlijn angststoornissen’ te ontwikkelen. Deze richtlijn is recentelijk gepubliceerd en het is nu de bedoeling dat deze in concrete praktijksituaties wordt geïmplementeerd. Dit zou het aantal regionale afspraken over afstemming en samenwerking binnen de zorg voor mensen met angststoornissen moeten vergroten.

De acht regionale afstemmingsafspraken die via de schriftelijke enquête zijn achterhaald, zijn vooral gemaakt tussen de zorgaanbieders binnen de geestelijke gezondheidszorg. Huisartsen en apothekers zijn bij een minderheid van de afspraken betrokken. De acht afspraken hebben in merendeel tot doel om de behandeling doeltreffender, inzichtelijker en meer patiëntgericht te maken. In de meeste gevallen gebeurt dit door middel van een gezamenlijke zorgvisie en gezamenlijke protocollen. Alle acht afspraken zijn gericht op curatieve zorg en in een minderheid van de gevallen gaat het om preventie en verzorging.

Uit de resultaten blijkt verder dat de gevonden afstemmingsafspraken omtrent angststoornissen nog steeds in ontwikkeling zijn. Zo worden de meeste afspraken op dit moment nog geëvalueerd en zijn de meeste, volgens de respondenten, nog niet volledig geïmplementeerd in de feitelijke zorgverlening aan de patiënten.

Overigens kunnen deze resultaten, gezien het klein aantal afstemmingsafspraken dat is gevonden, niet worden gegeneraliseerd. De kwantitatieve uitspraken moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd en kunnen alleen maar globale trends aanduiden.

Er is weinig bekend over de knelpunten in de zorgverlening zoals die door de patiënten worden ervaren. Het lijkt erop dat het vooral moeilijk is om voldoende - al dan niet - gespecialiseerde hulp te vinden.

Dit kan onder meer worden veroorzaakt door het feit dat angststoornissen vaak moeilijk zijn te onderkennen en te diagnosticeren. Dit heeft voor een deel te maken met de grote mate van diversiteit in angststoornissen. Daarnaast speelt mee dat verschillende typen hulpverleners gebruik maken van verschillende classificatiesystemen. Dit betekent dat het niet altijd duidelijk is over welke groep patiënten het gaat. Verder kan het de informatieoverdracht tussen zorgaanbieders (bijvoorbeeld via een patiëntendossier) aanzienlijk bemoeilijken. Overeenstemming over de doelgroep lijkt een belangrijke voorwaarde om tot concrete afstemmingsafspraken in de zorg te komen. Daarnaast is een belangrijk knelpunt dat een relatief groot aantal huisartsen van mening is dat hun diagnostische kennis en behandelvaardigheden tekort schieten.

Op basis van het onderhavig onderzoek is het aannemelijk dat het aantal lokale of regionale afstemmingsafspraken dat specifiek voor mensen met angststoornissen is ontwikkeld, nog gering is. Wel zijn er op dit gebied verschillende belangrijke ontwikkelingen. In 1997 is de NHG-standaard verschenen met concrete richtlijnen voor de huisartsen. Naast huisartsen zijn echter ook apothekers, diverse zorgaanbieders binnen de geestelijke gezondheidszorg en bedrijfsartsen regelmatig bij de zorgverlening aan mensen met angststoornissen betrokken. Het is dan ook een belangrijke stap dat recentelijk de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is gepubliceerd. Deze zal als basis dienen voor verdere concrete werkafspraken tussen zorgaanbieders op lokaal of regionaal niveau. In hoeverre deze ontwikkelingen leiden tot meer afstemmingsafspraken tussen zorgaanbieders zal in de toekomst moeten blijken.

Literatuur

- 1) Van Balkom AJLM, van Dyck R. Neurotische stoornissen. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezzo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997: I. De gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven: RIVM, 1997:309-322.
- 2) Angststoornissen. In: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (ed). *Beknopte Handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2002: 245-266.
- 3) Van Bijl R, van Zessen G, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141(50):2453-2460.
- 4) Gater R, Tansella M, Korten A, et al. Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:405-413.
- 5) Maier W, Gaensicke M, Freyberger HJ, et al. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand* 2000;101(1):29-36.
- 6) Weiller E, Bisserte J-C, Maier W, Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *Br J Psychiatry* 1998;173(Suppl. 34):18-23.
- 7) Nisenson L, Pepper C, Schwenk T, Coyne J. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. *Gen Hospital Psychiatry* 1998;20:21-28.
- 8) Van der Velden PG, Hazen KHM, Kleber RJ. Traumazorg in organisaties. *Gedrag Organisatie* 1999;12(6):397-412.
- 9) Carlier IV, Voerman AE, Gersons BP. The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers. *Br J Med Psychol* 2000; 73(Pt 1):-98.
- 10) Aartman IH, de Jongh A, Makkes PC, Hoogstraten J. Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28(6):435-442.
- 11) Van Loey NE, Faber AW, Taal LA. A European hospital survey to determine the extent of psychological services offered to patients with severe burns. *Burns* 2001;27(1):23-31.
- 12) Visser JH, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC. Predictors of psychopathology in young adults referred to mental health services in childhood or adolescence. *Br J Psychiatry* 2000;177(7):59-65.

- 13) Visser JH, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC. Continuity of psychopathology in youths referred to mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38(12):1560-1568.
- 14) Schreuder BJ, van Egmond M, Kleijn WC, Visser AT. Daily reports of posttraumatic nightmares and anxiety dreams in Dutch war victims. *J Anxiety Disord* 1998; 12(6):511-524.
- 15) Westenberg HG. The nature of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1998;59(17):20-26.
- 16) Van der Zee K, Sanderman R, Heyink J. De psychometrische kwaliteit van de MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36) in een Nederlandse populatie. *Tijdschr Soc Geneesk* 1993;71(4):183-191.
- 17) De Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med* 1999;29(3):583-593.
- 18) Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschr Gezondheidswet* 1998;76(8):446-457.
- 19) Polder J, Takken J, Meerding W, Kommer G, Stokx L. Kosten van ziekten in Nederland in 1999. 2002. www.kostenvanziekten.nl
- 20) Neomagus G, Terluin B, Aulbers L, et al. NHG Standaard Angststoornissen: standaard M62. *Huisarts Wet* 1997; 40(4):167-175.
- 21) Conceptrichtlijn Angststoornissen. Ten behoeve van de ontwikkeling van de richtlijn: angststoornissen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2002.
- 22) Lamberts H, Magruder K, Kathol RG, Pincus HA, Okkes I. The classification of mental disorders in primary care: a guide through a difficult terrain. *Int J Psychiatry Med* 1998;28(2):159-176.
- 23) Wittchen H. Recognition and management of anxiety syndromes. *Br J Psychiatry* 1998;173(Suppl. 34):1-3.
- 24) Spinhoven P, Ormel J, Sloekers PP, et al. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med* 1997;27(2):363-370.
- 25) Carlier IVE, van Uchelen JJ, Lamberts RD, Gersons BPR. Een korte screeningstest voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis. *Tijdschr Psychiatrie* 1996;38(8):624-629.
- 26) Terluin B. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) in de huisartspraktijk: Psychodiagnostisch gereedschap. *Psycholoog* 1998;33(1):18-24.

- 27) Muris P, Steerneman P. The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED--R): first evidence for its reliability and validity in a clinical sample. *Br J Clin Psychol* 2001;40(Pt 1):35-44.
- 28) Van den Akker M, Mol SSL, Metsemakers JFM, Dinant G-J, Knottnerus JA. Barriers in the care of patients who have experienced a traumatic event: The perspective of general practice. *Fam Pract* 2001;18(2):214-216.

Bijlage 15.1

Tabel 1: Overzicht van formele regionale afstemmingsafspraken tussen de verschillende zorgaanbieders/instellingen en per aspect van (keten)zorg voor mensen met angststoornissen op basis van enquête

| Zorg-aanbieder | Aantal afspraken | Aantal afspraken dat betrekking heeft op de aspecten: | | | | | | | | |
|----------------|------------------|---|-----|--------|------|------|--------|-------|-----|-----|
| | | toeg | pat | inhoud | desk | taak | gegeev | kwala | wet | fin |
| HA | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| ZH | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| MS | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| APO | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 |
| VVH | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| GGZ | 8 | 7 | 7 | 7 | 4 | 5 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| PZH | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| RIAGG | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| VSZ | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| RIBW | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| AMW | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| PV | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| VERZ | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| GW | 1 *) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 2: Doelen van de afstemmingsafspraken voor (keten)zorg bij angststoornissen op basis van enquête

| Zorgaanbieder | Aantal afspraken | Aantal afspraken dat betrekking heeft op de doelen: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|---|---------------------|---------------------|-----------------|---|---------------------|---------------------------------------|--|---|---------------------------|--------------------------|---|--|--|---|---|---|---|
| | | Meer doeltreffende behandeling | Kortere wachttijden | Snellere doorstroom | Kostenbesparing | Meer inspraak in behandeling door patiënt | Meer patiëntgericht | Verkleining kloof zorgvraag en aanbod | Voorkomen/oplossen dublures in zorgverlening | Betere toegankelijkheid dossierinformatie | Betere privacywaarborging | Verminderen complicaties | Verbeteren onderlinge waarneming/vervanging | Inzichtelijker maken van zorgproces voor patiënt | Inzichtelijker maken van zorgproces voor | Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen patiënt en zorgaanbieder | Betere informatie-uitwisseling over ziektebeeld tussen zorgaanbieders onderling | Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen patiënt en zorgaanbieder | Betere informatie-uitwisseling over behandeling tussen zorgaanbieders onderling |
| HA | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 |
| ZH | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| MS | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| APO | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| VVH | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| GGZ | 8 | 6 | 2 | 2 | 1 | 4 | 7 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| PZH | 5 | 4 | 2 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| RIAGG | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| VSZ | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| RIBW | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| AMW | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| PV | 4 | 3 | 2 | 2 | 0 | 3 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| VERZ | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| GW | 1 *) | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 3: Type zorg waaraan de afstemmingsafspraken over de zorg angststoornissen gerelateerd zijn op basis van enquête

| Zorgaanbieder | Aantal afspraken | Aantal afspraken dat betrekking heeft op type zorg: | | | |
|---------------|------------------|---|----------------------|---------|------------|
| | | primaire preventie | secundaire preventie | curatie | verzorging |
| HA | 3 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| ZH | 3 | 0 | 2 | 3 | 1 |
| MS | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| APO | 3 | 0 | 2 | 3 | 3 |
| VVH | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| GGZ | 8 | 1 | 3 | 8 | 3 |
| PZH | 5 | 1 | 1 | 5 | 1 |
| RIAGG | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| VSZ | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| RIBW | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| AMW | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| PV | 4 | 1 | 0 | 4 | 0 |
| VERZ | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 |
| GW | 1*) | 0 | 0 | 1 | 0 |

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

Tabel 4: Elementen van afstemmingsafspraken voor zorg bij angststoornissen op basis van enquête

Aantal afspraken dat betrekking heeft op de elementen:

| Zorgaanbieder | Aantal afspraken | Aantal afspraken dat betrekking heeft op de elementen: | | | | | | | | | | | |
|---------------|------------------|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------|
| | | Gezamenlijke zorgvisie | Gezamenlijke zorgplannen | Gezamenlijke protocollen | Gezamenlijke patiëntdossiers | Gezamenlijke registratie van fouten, incidenten en calamiteiten | Gezamenlijke patiëntbesprekingen | Gezamenlijke procedure inzake klachtenbehandeling | Gezamenlijke patiëntraadpleging | Gezamenlijk evaluatie-overleg | Gezamenlijk budget | Integrale verslaglegging | Gezamenlijke informatiebrochure |
| HA | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 |
| ZH | 3 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| MS | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| APO | 3 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 |
| VVH | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| GGZ | 8 | 5 | 3 | 5 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 |
| PZH | 5 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 |
| RIAGG | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| VSZ | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| RIBW | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| AMW | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| PV | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| VERZ | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| GW | 1 *) | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |

*) niet over alle afspraken is informatie bekend

