Herkennen en behandelen van angststoornissen in de huisartsenpraktijk: uitwerken en toetsing van een e-learning

Leen Capiau, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Marc Van Nuland

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2021 – 2024]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

ABSTRACT 4

INLEIDING 5

METHODE 6

Ontwikkeling van de e-learning 6

Doel 6

Doelgroep 7

Ethische Commissie 7

Inhoud van de e-learning 7

Literatuurstudie 7

Opstellen van een e-learning module in Sofia 15

Toetsen van de e-learning 17

Rekruteren van de deelnemers 18

RESULTATEN 18

Demografie 18

Open vragen 21

Voor- en natoets 22

Tevredenheidsbevraging 25

DISCUSSIE 28

CONCLUSIE 30

BRONVERMELDING 31

BIJLAGEN 34

Bijlage 1 – Goekeuring ethische commissie 34

Bijlage 2 – Achtergrondvragen 36

Bijlage 3 – Tevredenheidsbevraging 37

Bijlage 4 – Enkele voorbeelden uit de e-learning 39

Bijlage 5 – Voor- en natoets 40

Bijlage 6 – Bericht tot rekrutering 48

Bijlage 7 – Zekerheidsanalyse van de voor- en natoets obv een 5-punts Likertschaal 49

Abstract

Achtergrond: Angststoornissen behoren tot de meest voorkomende psychische aandoeningen, maar worden in de huisartsenpraktijk vaak niet tijdig herkend of adequaat behandeld. Het langdurig miskennen en niet behandelen van angststoornissen gaat gepaard met een aanzienlijk verlies in levenskwaliteit en verhoogt het risico op het ontwikkelen van secundaire psychiatrische aandoeningen. Gezien de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is voor patiënten met psychische klachten, is het essentieel om hun kennis en vertrouwen in het diagnosticeren en behandelen van dergelijke stoornissen te versterken zodat deze sneller opgepikt kunnen worden en er een gepaste behandeling kan opgestart worden. Het doel van deze studie is om een e-learning module over angststoornissen te ontwikkelen gericht op huisartsen(-in-opleiding) om hun kennis en vertrouwen te vergroten en de effectiviteit ervan te onderzoeken.

Methode: Een e-learning module over angststoornissen werd ontwikkeld op het SOFIA leerplatform. De inhoud van deze e-learning werd gebaseerd op evidence-based richtlijnen die bekomen werden door een literatuuronderzoek. 16 internationale richtlijnen over angst en angststoornissen werden geïncludeerd en bestudeerd om een consensus te vormen over de diagnose en behandeling van angststoornissen. De studie omvatte uiteindelijk 12 huisartsen(-in-opleiding) die deelnamen aan de e-learning module. Hun kennis en zelfvertrouwen werden beoordeeld door middel van een voortoets en een natoets. De voortoets werd afgenomen om de initiële kennis en zekerheid van de deelnemers vast te stellen, terwijl de natoets na voltooiing van de module werd gebruikt om het leereffect te beoordelen. Een gepaarde t-toets werd toegepast om het verschil in scores tussen de voortoets en natoets statistisch te analyseren. Bovendien werd de verandering in de zelfgerapporteerde zekerheid van de deelnemers bij het beantwoorden van vragen geanalyseerd.

Resultaten: De analyse toonde een statistisch significante verbetering in de toetsresultaten na het doorlopen van de e-learning module, met een gemiddelde scoretoename van 8,48% ($p = 0,049$). Daarnaast nam de gemiddelde zelfgerapporteerde zekerheid bij het beantwoorden van de toetsvragen toe met 0,69 punten op een 5-punts Likertschaal ($p = 0,02$). Deze bevindingen suggereren een positief leereffect en een toename in zelfvertrouwen onder de deelnemers.

Conclusie: De e-learning module bleek effectief in het vergroten van de kennis en het zelfvertrouwen van huisartsen bij het diagnosticeren en behandelen van angststoornissen. Desondanks moet rekening worden gehouden met de kleine steekproefgrootte, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt. Verdere studies met grotere populaties zijn nodig om de bevindingen te bevestigen en de effectiviteit van de module op langere termijn te evalueren.

1. Inleiding

De prevalentie van psychiatrische aandoeningen in de algehele populatie is zeer hoog (15-30% per jaar). De huisarts is voor vele patiënten het eerste aanspreekpunt wanneer zij psychische klachten ervaren (1). Toch toon onderzoek aan dat meer dan de helft van deze aandoeningen helaas onbehandeld blijft (1),(2). Psychiatrische aandoeningen (zoals depressieve stoornissen en angststoornissen) gaan vaak gepaard met een opmerkelijk verlies aan levenskwaliteit (2),(3). Het is daarom van belang dat deze aandoeningen en de daarbij horende klachten als dusdanig (h)erkend worden zodat er een gepaste behandeling kan voorgesteld worden.

Angststoornissen behoren tot de meest prevalente psychiatrische aandoeningen in de huisartsenpraktijk. In 2023 leden er percentueel meer mensen aan een angststoornis dan aan een depressie in België (4). Algemeen kan men stellen dat de gegeneraliseerde angststoornis na depressie de meest frequente psychiatrische aandoening in de huisartsenpraktijk vormt (5). Hoewel er recente en goed uitgewerkte richtlijnen voorhanden zijn (6), blijkt uit verschillende onderzoeken dat deze stoornissen toch nog zeer vaak miskend worden door huisartsen (3),(7),(8),(9).

De redenen die worden aangehaald om de moeilijkheden met betrekking tot het correct diagnosticeren en behandelen van angststoornissen te verklaren, zijn veelvuldig en vinden we zowel bij de gezondheidsbeoefenaar als bij de patiënt. Zo zijn er patiënt-eigen karakteristieken die een diagnose kunnen bemoeilijken zoals jongere leeftijd, mannelijk geslacht, etniciteit (etnische minderheden), werkloosheid en demografie (landelijke gebieden), maar ook de aanmeldingsklacht speelt hierin een rol (5),(10). Zo uiten angststoornissen zich vaak als een somatisch probleem (5). Ook de ernst van de klachten op het moment van het consult en de weerslag ervan op het dagelijkse leven spelen een rol (5),(10). Zo worden angststoornissen met enkel milde klachten moeilijker herkend. Toch is het belangrijk om ook milde angstklachten als dusdanig te herkennen en de patiënt hierin te adviseren. Patiënten die angstklachten ervaren hebben namelijk een toegenomen risico om een angststoornis te ontwikkelen (11), (12),(13). Door deze klachten tijdig te herkennen, kan de ontwikkeling tot ernstigere klachten en/of een angststoornis voorkomen worden (11). Tot slot wordt de diagnose vaak bemoeilijkt door de aanwezigheid van comorbide psychiatrische aandoeningen (5),(10) Anderzijds blijkt uit onderzoek dat patiënten die zich tegelijk met een andere psychische problematiek (zoals een majeure depressieve stoornis) presenteren vaker adequaat behandeld worden voor hun angststoornis (10).

Naast de patiënt-eigen karakteristieken, zijn er enkele factoren met betrekking tot de gezondheidsbeoefenaar die een diagnose kunnen bemoeilijken. Zo lijken vooral een gebrek aan kennis (van het ziektebeeld) en tijd een rol te spelen (5). Anderzijds helpen empathie, ervaring en een zelfverklaarde interesse in psychiatrie om een correcte diagnose en behandeling te stellen (5),(10). Artsen zelf geven aan moeite te ondervinden met het onderscheid maken tussen dagelijkse ‘stress’ of ‘zorgen’ en een angststoornis (14),(15). Ook het onderscheid tussen de verschillende subtypes van angststoornissen lijkt niet vanzelfsprekend te zijn (16). Zelfs wanneer de correcte diagnose gesteld wordt, wordt er door de arts (al dan niet in samenspraak met de patiënt) toch nog te vaak gekozen om de stoornis niet te behandelen (15). Dit in tegenstelling tot wat de meest recente evidence-based richtlijnen voorschrijven (6),(17),(18).

Het langdurig miskennen en niet of inadequaat behandelen van angststoornissen verhoogt het risico op het ontwikkelen van secundaire psychiatrische aandoeningen zoals depressie en middelenmisbruik (19),(20),(21), verhoogt ook het risico op suïcidepogingen (zelfs in afwezigheid van comorbide aandoeningen zoals depressie) (22), alsook op fysieke problemen zoals hypertensie (23) of de verergering van reeds aanwezige chronische aandoeningen (24),(25). Angststoornissen kennen over het algemeen een sterk chronisch karakter en gaan vaak gepaard met toegenomen (onnodige) doktersbezoeken (zowel in eerste- als in tweede lijn) en veelvuldig ziekteverzuim (26),(27). Het mag dan ook niet verbazen dat de kosten voor de maatschappij inzake gezondheidszorg hierdoor sterk oplopen (28), (29),(30).

Het lijkt noodzakelijk om huisartsen enige ondersteuning en houvast te bieden in het detecteren, diagnosticeren en behandelen van angststoornissen om zo de zorg voor de patiënt te verbeteren. Het is aangetoond dat het volgen van evidence-based richtlijnen de kwaliteit van de gezondheidszorg bevordert (3).

Een e-learning is een moderne en laagdrempelige manier om deze evidence-based richtlijnen aan te reiken. Daarnaast blijkt dat de leereffecten van een e-learning in het medisch onderwijs vergelijkbaar zijn met deze van klassieke voordrachten op vlak van kennis, vaardigheden en gedrag (31). Kennisgerichte e-learnings lijken zelfs iets effectiever te zijn in het overdragen van kennis in vergelijking met face-to-face opleidingen (31).

Eén van de grote voordelen van een e-learning als opleidingsalternatief is dat het flexibiliteit aan de deelnemer biedt. Zo kan de deelnemer kiezen wanneer de module doorlopen wordt, wanneer deze onderbroken of verdergezet wordt, maar ook aan welke onderdelen hij of zij meer aandacht besteedt.

Hoewel er in de literatuur geen voorgaande studies gevonden worden die het effect van een e-learning over angststoornissen op de kennis van (huis)artsen onderzochten of reeds bewezen hebben, zijn er wel precedenten waarbij het gebruik van een e-learning effectief bleek in het bijbrengen van kennis en vaardigheden inzake de geestelijke gezondheidszorg (32-34).

Het doel van deze studie is om een evidence-based e-learning te ontwikkelen om zo de kennis en het vertrouwen van huisartsen(-in-opleiding) met betrekking tot angststoornissen te verbeteren.

2. Methode

2.1 Ontwikkelen van de e-learning

2.1.1 Doel

Het doel van deze studie is het ontwikkelen en testen van een e-learning met als onderwerp “het herkennen en behandelen van angststoornissen in de huisartsenpraktijk”, om zo de kennis en het vertrouwen van huisartsen(-in-opleiding) te vergroten wanneer een patiënt met een dergelijke stoornis zich op hun consultatie presenteert.

De inhoud van de e-learning zal worden opgemaakt op basis van reeds beschikbare evidence-based richtlijnen over angststoornissen.

Het leereffect van de e-learning zal onderzocht worden aan de hand van een voor- en natoets (pre-test / post-test). Er wordt de deelnemer gevraagd om de voortoets in te vullen alvorens de e-learning te doorlopen. Na het doorlopen van de volledige e-learning wordt de deelnemer gevraagd om de natoets in te vullen. Het verschil tussen beide testen zal statistisch geanalyseerd worden om het leereffect te bepalen. Daarnaast zal de zelfgeraporteerde zekerheid bij het beantwoorden van de voortoets vergeleken worden met deze van de natoets om zo de verandering in zekerheid en vertrouwen bij de deelnemers te bepalen.

2.1.2 Doelgroep

De doelgroep van deze studie waren huisartsen(-in-opleiding), in België.

Omdat de e-learning werd ontwikkeld op het leerplatform 'SOFIA' werd de doelgroep beperkt tot huisartsen-in-opleiding en praktijkopleiders. Praktijkopleiders zijn praktiserende huisartsen die erkent worden door het ICHO om huisartsen-in-opleiding op te leiden en aan te nemen in hun praktijk. Zij hebben via het ICHO toegang tot SOFIA en ook tot de leermodule "HAIO testmodules" waarvan de e-learning deel uitmaakte. Huisartsen-in-opleiding verkrijgen gratis toegang tot SOFIA en de module via hun opleiding aan de universiteit.

Het was niet mogelijk om de uitnodiging uit te breiden naar andere praktiserende huisartsen omdat zij geen toegang hadden tot de testmodule, zelfs niet wanneer zij reeds beschikten over een SOFIA account.

De gewenste steekproefgrootte werd vooraf vastgelegd op 20-30 deelnemers.

2.1.3 Ethische commissie

Een studieprotocol werd ingediend bij de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 1 december 2022. Na de nodige aanpassingen te hebben uitgevoerd werd via de Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor medische ethiek (OBC) een gunstig advies verkregen bij de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven op 16 januari 2023 onder het dossiernummer MP023695 **(bijlage 1)**.

2.1.4 Inhoud van de e-learning

2.1.4.1 Literatuurstudie

Het doel van deze tweede literatuurstudie was het opzoeken van gevalideerde richtlijnen over het diagnosticeren en behandelen van angststoornissen.

In totaal werden 16 richtlijnen (n=16) over angststoornissen geraadpleegd, nl. de NICE richtlijnen (National Institute for Health and Care Excellence) (17, 18, 35), de NHG richtlijn (Nederlands Huisartsen Genootschap) (6), de GGZ standaarden (36), de BAP richtlijn (British Association for Psychopharmacology) (37), de richtlijn opgesteld door ADAC (Anxiety Disorders Association of Canada) (22), de WFSBP richtlijn

(World Federation of Societies of Biological Psychiatry) (38), de RANZCP richtlijnen (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists) (39), UpToDate (40-47) en de richtlijn "Angststoornissen" die teruggevonden werd in de richtlijnendatabase van de Federatie Medische Specialisten (48). Ook de DSM-V werd geraadpleegd (49).

De richtlijnen werden zorgvuldig doorlezen en er werd getracht een consensus te bekomen inzake de diagnose en behandeling van angststoornissen.

1) DIAGNOSE

a. **Angstklachten van angststoornissen onderscheiden**

Verschillende richtlijnen onderlijnen het belang van het herkennen en onderscheiden van angstklachten en angststoornissen (6, 17, 36, 50). Angstklachten worden ook wel eens subsyndromale of subklinische angststoornissen genoemd (36). Het is belangrijk om in de praktijk ook angstklachten te (h)erkennen aangezien patiënten die zulke klachten ervaren een hoger risico hebben op het ontwikkelen van een angststoornis. Er is geen duidelijk 'afkappunt' wanneer het ene overgaat in het andere. Men gaat eerder uit van een 'continuüm' (36). Het onderscheid maken tussen angstklachten en een angststoornis is dan weer belangrijk omdat de behandeling verschilt.

De NHG richtlijnen definiëren **angstklachten** als klachten waarbij 'normale' angst een rol speelt. Ze zijn meestal gerelateerd aan problemen of zorgen die als bedreigend ervaren worden in belangrijke levensgebieden (bv. gezondheid, werk, relatie…) (6, 36, 50).

Angststoornissen onderscheiden zich vooral van angstklachten in de ernst van de symptomen. De NHG richtlijnen definiëren angststoornissen als "stoornissen waarbij 'abnormale' angst centraal staat en er sprake is van aanhoudend subjectief lijden en/of een belangrijke belemmering van het sociaal functioneren" (6, 36, 50). Onder 'abnormale' angst worden ongewoon heftige en/of langdurige angstgevoelens verstaan die ontstaan na geen of een minimale prikkel, en die niet passen bij de situatie (6).

b. **Signalen van 'abnormale' angst herkennen**

De grote meerderheid van de gelezen richtlijnen erkennen de problematiek in het tijdig herkennen van angststoornissen (22, 36, 37, 39, 48, 50). Patiënten die deze klachten ervaren schamen zich hier vaak voor en stellen de zoektocht naar hulp uit. Ze kunnen deze klachten meestal goed verbergen en presenteren zich vaak met somatische klachten (48). Het kan daarom van belang zijn om als arts bedacht te zijn op enkele (alarm)signalen die op een onderliggende angststoornis kunnen wijzen (6, 17, 22, 39, 50).

De volgende signalen worden weerhouden (6, 22, 36, 48, 50):

- Frequente doktersbezoeken voor wisselende klachten
- Toegenomen ziekteverzuim

- Aanhoudende lichamelijke klachten zonder duidelijke oorzaak waarbij de patiënt slechts kortdurend gerustgesteld kan worden
- Aanhoudende aspecifieke 'stress'-klachten
- Hyperventilatie
- Vraag naar slaap- of kalmeermiddelen
- Alcohol- of drugsproblemen
- Depressie of depressieve klachten
- Traumatische gebeurtenis in de voorgeschiedenis
- Opvallende veranderingen in het dagelijks functioneren door vermijdingsgedrag of verminderde professionaliteit
- Familiale voorgeschiedenis van angststoornissen

c. **Screening naar angststoornissen**

Vanwege de vaak moeilijke diagnostiek raden verschillende richtlijnen aan om laagdrempelig gebruik te maken van screenende vragen en/of screeningsinstrumenten om angststoornissen op te sporen in de eerstelijn (22, 37, 39, 48, 50).

- <u>Screenende vragen</u> (6, 22, 36, 48, 50)

Op basis van de gevonden literatuur (**zie bijlage**) stelden we volgende screenende vragenlijst samen die ook in de e-learning gebruikt werd:

- Voelt u zich gespannen of angstig?
- In welke mate (van 0-10) voelt u zich gespannen of angstig?
- Hoe komt deze spanning tot uiting bij u?
- Heeft u angsten zonder dat u weet waarvoor / zonder duidelijke aanleiding?
- Maakt u zich veel zorgen?
- Vindt u de angsten / bezorgdheden / ongerustheid reëel? Begrijpt u ze?
- Vindt uw omgeving uw angsten / bezorgheden reëel? Hoe reageren zij hier op?
- Belemmeren deze gevoelens u in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in uw vrije tijd?
- Zijn er bepaalde situaties die u uit de weg gaat of vermijdt omwille van deze gevoelens?

- <u>Screeningsinstrumenten</u>

Slechts enkele richtlijnen halen concrete screeningsinstrumenten aan (39, 48, 50), hoewel ze bijna allemaal het nut hiervan erkennen (22, 37, 39, 48, 50).

- **<u>4DKL</u>** (48, 50)
  De 4DKL of de vierdimensionale klachtenlijst is een vragenlijst bestaande uit 50 vragen die kan helpen in een onderscheid maken tussen angststoornissen, depressie, spanningsklachten en

somatisatie (overwegend lichamelijke klachten). De lijst bevraagt welke klachten de patiënt de laatste 7 dagen ervaren heeft. Een angststoornis gaat gewoonlijk gepaard met een hoge score op angstklachten en spanningsklachten (distress). Een hoge score op distress, is een goede indicator voor de mate van subjectief lijden en verhoogt de kans op sociaal disfunctioneren (6).

- **Short Mood Scale** (48)
  De Short Mood Scale is een korte vragenlijst die ontworpen werd in 1988 om te screenen naar depressie en angst. Men start met het bevragen van de 4 vragen over angst. Bij twee positieve antwoorden, stelt men ook de 5 vervolgvragen. De vragen peilen naar de mate waarin de patiënt gevoelens van angst in de afgelopen 7 dagen ervaren heeft, gaande van 'helemaal niet' (0 punten) tot 'in extreme mate' (4 punten). Een totaalscore van meer dan 5 wijst in de richting van een angststoornis. Gezien deze vragenlijst enkel teruggevonden werd in het Engels is deze vragenlijst minder interessant voor deze e-learning.

- **INSTEL-screen** (48)
  De INSTEL-screen vragenlijst is een verbeterde en Nederlandstalige versie van de Short Mood Scale die ontwikkeld werd voor de screening naar depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartsenpraktijk. De vragenlijst start met 2 vragen die screenen naar psychisch onwelbevinden. Vervolgens volgt er een screening naar depressie en tot slot naar angst. Gezien de vragenlijst eerst peilt naar de aanwezigheid van depressie / depressieve stemming worden er mogelijks reeds veel patiënten uitgefilterd alvorens de vragen mbt angst bereikt worden. Hierdoor is de INSTEL-screen minder geschikt als screeningsinstrument naar gegeneraliseerde angst (51).

Overige screeningsinstrumenten die besproken werden, waren minder interessant omdat ze enkel in het Engels beschikbaar waren, en enkel screenden naar specifieke (sub)types van angststoornissen waardoor ze niet ideaal zijn om als screeningsinstrument te gebruiken in de huisartsenpraktijk.

d. **Belang van diepgaande klachtenexploratie**

Om een beter idee te krijgen van de exacte duur en ernst van de angstklachten of -stoornis waarmee de patiënt zich presenteert, is het belangrijk om steeds een uitgebreide klachtenexploratie te doen als onderdeel van de anamnese.

Bijna alle richtlijnen die voor deze studie werden geïncludeerd benadrukken daarnaast het belang van een **routinematige screening naar suïcidale ideatie** bij patiënten met een angstproblematiek vanwege het verhoogd risico op het ondernemen van een suïcidepoging (1,7 tot 2,5 keer meer risico) (6, 17, 22, 36, 39, 40, 42, 48).

Zowel NHG (6), de GGZ standaarden (36), de Canadese ADAC richtlijn (22), als de richtlijn van het RANZCP (39) adviseren om steeds een uitgebreide anamnese te doen die oa. peilt naar de impact van de klachten op verschillende aspecten van het leven van de patiënt en die ook mogelijke

kwetsbaarheden (zoals bv. middelenmisbruik, beperkt sociaal netwerk…) tracht bloot te leggen. Dit met als doel om een correcte inschatting van de ernst van de klachten te kunnen maken en hun weerslag op het dagelijks functioneren van de patiënt te kunnen beoordelen. De Australisch/Nieuw-Zeelandse RANZCP richtlijn raadt aan om hiervoor gebruik te maken van een biopsychosociaal model (39). NHG raadt dan weer aan om het SCEGS-model te gebruiken (6).

- **Biopsychosociaal model**
  Het biopsychosociaal model is een holistische benadering in de geneeskunde en psychologie die stelt dat het begrijpen en behandelen van een ziekte of stoornis niet alleen gebaseerd moet zijn op biologische factoren, maar ook op psychologische en sociale factoren.

- **SCEGS-model**
  Het SCEGS-model is een model dat reeds frequent in de huisartsenpraktijk gebruikt wordt om een breed inzicht te krijgen in de gezondheidsproblemen van een patiënt. 'SCEGS' staat voor **Somatisch**, **Cognitief**, **Emotioneel**, **Gedragsmatig**, en **Sociaal**. Het helpt zorgverleners om systematisch naar deze 5 domeinen te kijken bij het investigeren van een complexe klacht.

e. **Nut van klinische en technische onderzoeken**

Klinisch onderzoek heeft vooral als doel om mogelijke oorzakelijke lichamelijke aandoeningen uit te sluiten en wordt bij patiënten met nieuw ontstane klachten steeds aangeraden (6, 22, 36, 40, 42, 48). Technische onderzoeken (met name laboratoriumonderzoek) wordt door de Canadese richtlijnen bij alle patiënten met een angstproblematiek aangeraden (22). UpToDate raadt laboratoriumonderzoek aan bij alle (nieuwe) patiënten die zich met een paniekstoornis presenteren, maar raadt dit niet routinematig aan bij de andere types angststoornissen (42). Een laattijdige presentatie van een nieuwe gegeneraliseerde angststoornis (> 50 jaar bij onset) vormt hierop een uitzondering (40). Ook NHG en de GGZ standaarden raden aan om bij patiënten die op latere leeftijd (>65 jaar) een angststoornis ontwikkelen steeds technische onderzoeken te verrichten omdat op deze leeftijd het risico op somatische aandoeningen significant toeneemt terwijl het risico op het ontwikkelen van een angststoornis op latere leeftijd net afneemt (6, 36).

f. **Diagnose van verschillende types angststoornissen**

Verschillende richtlijnen halen het gebrek aan goede en handige diagnostische tools aan voor het diagnosticeren van de verschillende subtypes van angststoornissen in de huisartsenpraktijk (22, 35, 39). De meeste richtlijnen verwijzen naar de diagnostische criteria die opgesteld werden door de American Psychiatric Association (APA) in de DSM-V om de diagnose van de verschillende types angststoornissen (gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, sociale angststoornis en specifieke fobieën) te stellen (22, 35, 39, 40, 42, 46, 49). Een vereenvoudigde manier die naar voren gebracht wordt om het onderscheid tussen angststoornissen onderling te maken, is het achterhalen van de **focus** van de angst (6, 22, 36, 37, 39).

ANGSTSTOORNIS	*FOCUS VAN DE ANGST*
Paniekstoornis	Angst voor controleverlies; Angst voor het krijgen van onverwachte paniekaanvallen (≥ 1 maand aanwezig)
Sociale angststoornis	Angst om negatief beoordeeld te worden door anderen (≥ 6 maanden aanwezig)
Gegeneraliseerde angststoornis	Continue angst en piekergedachten over verschillende aspecten in het leven die moeilijk tot niet onder controle te krijgen zijn (≥ 6 maanden aanwezig, en meer dagen wel dan niet)
Specifieke fobie	Angst voor een specifiek object of gebeurtenis

Tabel 1 Angststoornissen volgens focus van de angst

g. **Differentiaaldiagnose**

Verschillende andere psychiatrische aandoeningen gaan vaak gepaard met gevoelens van angst, wat het stellen van de correcte diagnose uiteraard kan bemoeilijken. De DSM-V kan gebruikt worden om aan de hand van de vooropgestelde criteria tot een diagnose te komen (49), maar is eerder onpraktisch in de eerstelijn (6, 39). Screeningstools kunnen hier opnieuw soelaas bieden (6, 39, 48). Daarnaast omschrijven verschillende richtlijnen het opsporen van de **focus van de angst** opnieuw als een eenvoudige, maar vaak effectieve manier om het onderscheid te kunnen maken (6, 36, 37).

2) BEHANDELING

a. Belang van voorlichting bij alle patiënten

Verschillende richtlijnen halen het belang aan van een uitgebreide voorlichting bij alle patiënten bij wie een angststoornis gediagnosticeerd werd (22, 35, 36, 39, 48). Bij patiënten met slechts milde klachten kan voorlichting reeds voldoende zijn om deze klachten te doen minderen en onder controle te krijgen (6, 35, 36, 39).

b. Zelfhulp

Er is iets meer onenigheid over de effectiviteit van zelfhulp als behandeloptie bij angststoornissen. Volgens de RANZCP richtlijn werd de effectiviteit hiervan onvoldoende aangetoond (39). Zij raden zelfhulp enkel aan wanneer dit specifiek digitaal aangeboden cognitieve gedragstherapie omvat. De NICE-richtlijnen, NHG-richtlijnen, de GGZ standaarden en de Canadese richtlijnen zien wel een plaats voor zelfhulp en raden dit ook aan als laagdrempelige behandeloptie bij patiënten met milde klachten (6, 22, 35, 36). Zelfhulp omvat oa. het lezen van boeken en het volgen van online cursussen. Zelfhulp is effectiever gebleken wanneer dit begeleid wordt (face-to-face of vanop afstand) door een zorgverlener (35, 39).

c. Nut van psychotherapie

Psychotherapie is een zeer voorname behandelmogelijkheid. **Cognitieve Gedragstherapie** (CBT) is de meest onderzochte en meest effectief gebleken vorm van psychotherapie in de behandeling van angststoornissen met goede outcomes zowel op korte als op lange termijn (37, 39, 48). Andere vormen van psychotherapie (oa. relaxatietherapie, mindfulness, problem solving therapie…), zijn ook effectief gebleken in kleinere trials ivm placebo, maar vormen niet de gouden standaard (36, 39). Er is geen eenduidig aangetoonde superioriteit van psychotherapie tov farmacotherapie als initiële therapie op korte termijn volgens de Australische, Britse (NICE), Nederlandse en Canadese richtlijnen (6, 22, 35, 39). NHG en de GGZ standaarden melden wel een aangetoond voordeel van psychotherapie waarbij de effecten op lange termijn langer aanwezig blijven na het beëindigen van de behandeling dan bij farmacotherapie, en zo de kans op herval vermoedelijk verminderen (6, 36).

d. Nut van farmacotherapie

Zoals hierboven reeds vermeld werd, schrijven de meeste van de geïncludeerde richtlijnen dat er geen significant verschil is in de effectiviteit van farmacotherapie tov psychotherapie als initiële behandeling (op korte termijn). Er wordt aangeraden om bij het opstarten van medicatie steeds met een lage dosis te starten en traag op te titreren tot de gewenste dosis. Extra waakzaamheid is nodig bij het voorschrijven van medicatie aan jongeren en jongvolwassenen (<25 jaar) vanwege een verhoogd suïciderisico.

- **SSRI's** (selectieve serotonine re-uptake inhibitoren) zijn de eerste keuze bij het opstarten van medicatie als behandeling van angststoornissen (6, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 47, 48).
- **SNRI's** (serotonine en noradrenaline reuptake inhibitoren) zijn geen eerste keuze in de behandeling van angststoornissen. De Nederlandse richtlijnen vermelden SNRI's zelfs helemaal niet als behandeloptie (6, 48). De NICE-richtlijnen, Australische richtlijnen en BAP-richtlijnen zien een plaats voor SNRI's wanneer SSRI's niet verdragen worden (35, 37, 39).
- **TCA's** (tricyclische antidepressiva) hebben een bewezen effect in de behandeling van angststoornissen (39, 48). Echter, gezien de veelvoorkomende bijwerkingen en slecht veiligheidsprofiel (ernstig gevaar bij overdosis) zijn TCA's nooit eerste keuze en worden ze gereserveerd voor de tweedelijn (6, 35, 39).
- **Benzodiazepines** hebben een duidelijk aangetoond anxiolytisch effect, maar zijn niet geschikt als (enige) behandeling van angststoornissen vanwege het ontbreken van een effect op lange termijn, de bijwerkingen, het optreden van gewenning en het gekende risico op het ontwikkelen van afhankelijkheid (39). Omwille van deze redenen raadt de Australische richtlijn het gebruik en voorschrijven van benzodiazepines voor angststoornissen strikt af (39). De NICE-richtlijnen, UpToDate en de Nederlandse richtlijnen zien wel een plaats voor benzodiazepines binnen de behandeling, maar enkel kortdurend (max 14 dagen) en met als doel de opstart van antidepressiva te ondersteunen (in afwachting van het effect) (6, 35, 41, 43, 47). Er wordt aangeraden benzodiazepines nooit 'zo nodig' voor te schrijven, maar de patiënt deze medicatie volgens een opgesteld schema dagelijks te laten innemen met een voorkeur voor langwerkende preparaten en enkel voor een korte periode (maximum 2 weken) (6, 17, 35, 48).

● **Andere medicijnen** die worden besproken in de geïncludeerde richtlijnen en die allen een voldoende aangetoond effect hebben in de behandeling van angststoornissen, zoals atypische antipsychotica en pregabaline, worden niet nooit eerste keuze en worden afgeraden voor gebruik in de eerste lijn (17, 22, 39).

e. Combinatie psychotherapie en farmacotherapie

Er is weinig evidentie om de combinatie van psychotherapie en farmacotherapie als initiële behandeling aan te raden bij alle patiënten met angststoornissen (22, 39). Wel is het duidelijk aangetoond dat patiënten die enkel met psychotherapie behandeld worden en die hiermee onvoldoende effect bereikt hebben, baat hebben bij het opstarten van farmacotherapie (6, 35, 36, 39, 41). Ook omgekeerd tonen meerdere meta-analyses dat patiënten die tot nog toe enkel een farmacotherapeutische behandeling kregen en hiermee onvoldoende geholpen zijn, een betere outcome hebben bij het opstarten van psychotherapie (in combinatie met het continueren van hun medicatie) (39).

f. Gebruik van een Stepped-Care Model

De NICE-richtlijn over gegeneraliseerde angststoornissen stelt als eerste het gebruik van een 'stepped-care model' voor in de behandeling van deze stoornis (35). Dit model werd eerder effectief bewezen in de behandeling van depressie. Het omvat een behandelstrategie waarbij men met de minst invasieve en minst ingrijpende behandeling start en vervolgens de behandeling stapsgewijs uitbreidt wanneer de patiënt onvoldoende verbetering toont. Het doel is om de juiste zorg op het juiste moment te bieden, die past bij de ernst van de klachten. Op deze manier worden onnodige (invasieve) behandelingen vermeden. De NHG richtlijn 'angst' heeft dit model verder uitgewerkt en het gebruik ervan uitgebreid naar alle angststoornissen (6). Zij adviseren om steeds met **voorlichting** (stap 1) te starten als eerste stap in de behandeling. Bij patiënten met louter angstklachten of een zeer milde angststoornis zonder disfunctioneren kan dit voldoende zijn als behandeling. Indien dit onvoldoende is kan **zelfhulp** (stap 2) aangeraden worden, of zelfhulp kan meteen aangeboden worden bij patiënten met een milde angststoornis met relatief weinig subjectief lijden. **Psychotherapie** en **Farmacotherapie** omvatten samen stap 3 en worden aangeraden bij patiënten die zich presenteren met ernstig subjectief lijden of patiënten die geen beterschap ondervonden van de voorgaande stappen. De keuze tussen psychotherapie en farmacotherapie berust op shared-decision making waarbij je als arts de voor- en nadelen van beide bespreekt, maar de uiteindelijke keuze aan de patiënt laat (6, 35). De combinatie van psychotherapie en farmacotherapie kan gezien worden als stap 4, maar werd niet zo gedefinieerd in de NHG richtlijn (6).

g. Belang van opvolging

Alle richtlijnen benadrukken tot slot het belang van regelmatige opvolging ongeacht de behandeling die gestart werd, waarbij de frequentie initieel hoger ligt (2-wekelijks) en bij voldoende respons geleidelijk kan herleid worden naar 1x per 3 maanden (6, 22, 35, 36, 39, 41, 43, 45).

2.1.4.2 Opstellen van een e-learning module in Sofia

De leermodule werd opgebouwd uit verschillende hoofdstukken die elk uit een aantal pagina's bestaan. Hoewel de module het beste in chronologische volgorde wordt doorlopen, is het ook mogelijk om de hoofdstukken in een willekeurige volgorde door te nemen. De deelnemer kan op gelijk welk moment de e-learning onderbreken en op een later tijdstip hernemen.

De vooropgestelde leerdoelen van deze module zijn als volgt:

- Het correct herkennen en diagnosticeren van angststoornissen
- Het onderscheid kunnen maken tussen angstklachten en een angststoornis
- Het onderscheid kunnen maken tussen de angststoornissen onderling en de differentiaal diagnoses
- Weten wanneer het nodig is om angststoornissen te behandelen en welke behandeling verkozen wordt.
- Het belang van het tijdig herkennen en behandelen van angststoornissen begrijpen.

<u>INHOUDSTAFEL VAN DE E-LEARNING</u>

1. Informed Consent
    a. Inleiding
    b. Informatiebrief
    c. Achtergrondvragen
2. Voortoets
3. Angst
    a. Wat is angst?
    b. Wat is angst?
    c. Prevalentie & Demografie
    d. Prevalentie & Demografie
    e. Belang van vroegtijdig herkennen van angststoornissen
    f. Comorbiditeiten
    g. Soorten angststoornissen
4. Diagnose
    a. Diagnose
    b. Wanneer denken aan een angststoornis?
    c. Angstklachten vs Angststoornissen
    d. Anamnese: eerste oriëntatie
    e. Anamnese: klachtenexploratie
    f. Anamnese: inschatten van de ernst
    g. Differentiaal-diagnostische exploratie (bv met 4DKL)
    h. Familiale anamnese
    i. Klinische & technische onderzoeken

    j. Evaluatie
5. Paniekstoornis
    a. Casus
    b. Paniekstoornis: video
    c. Paniekaanval
    d. Agorafobie
6. Sociale angststoornis
    a. Casus
    b. Sociale angststoornis: video
7. Gegeneraliseerde angststoornis
    a. Casus
    b. Gegeneraliseerde angststoornis: video
8. Specifieke fobie
    a. Specifieke fobie: video
9. Differentiaaldiagnoses
    a. Obsessief Compulsieve stoornis (OCS)
    b. Post-traumatische stress stoornis (PTSS)
    c. Majeure depressieve stoornis
10. Behandeling
    a. Behandeling: Angstklachten
    b. Behandeling: Angststoornis
    c. Behandeling: Angststoornissen – Voorlichting (stap 1)
    d. Behandeling: Angststoornissen – Zelfhulp (stap 2)
    e. Behandeling: Angststoornissen – Psychotherapie (stap 3)
    f. Behandeling: Angststoornissen – Medicatie (stap 3)
    g. Behandeling: Opvolging
11. Angststoornissen bij kinderen en jongeren
12. Natoets
13. Tevredenheidsenquête

De e-learning start met een korte inleiding en de informatiebrief in hoofdstuk 1 'Informed Consent'. De deelnemer geeft zijn/haar informed consent nadat hij/zij besluit om de e-learning aan te vangen na het doorlezen van de informatiebrief. Tot slot worden in dit hoofdstuk enkele vragen gesteld aan de deelenemer met betrekking tot diens achtergrond (**bijlage 2**).

De voor- en natoets (hoofdstukken 2 en 12) worden verderop in deze masterproef besproken.

Hoofdstuk 3 omvat algemene informatie mbt angst en angststoornissen, zoals de prevalentie en demografie in België volgens de laatste cijfers van Sciensano (4), maar onderschrijft ook het belang van het vroegtijdig herkennen van angststoornissen en mogelijk comorbiditeiten.

Hoofdstuk 4 gaat dieper in op de diagnose en hoe je als arts het onderscheid kan maken tussen ‘angstklachten’ en ‘angststoornissen’, wat belangrijk is omdat beide een verschillende aanpak vereisen.

Hoofdstukken 5 tem 8 gaan vervolgens dieper in op de verschillende angststoornissen. Dit gebeurt aan de hand van een representatieve casus met als doel de deelnemers signalen en kenmerken van angststoornissen te leren herkennen. Vervolgens volgt er een korte video waarin alle informatie mbt de desbetreffende angststoornis wordt samengevat. De video’s die gebruikt werden in deze e-learning werden gepubliceerd door Osmosis (van Elsevier). Osmosis van Elsevier is een online educatief platform dat gericht is op medische en gezondheidswetenschappen. Het biedt een breed scala aan leermiddelen, waaronder video's. De materialen zijn evidence-based en worden samengesteld en continu gecontroleerd en geüpdatet door experts in de medische en gezondheidswetenschappen (52).

Hoofdstuk 9 behandelt de meest belangrijke differentiaal diagnoses. De aandacht wordt vooral gevestigd op manieren om het onderscheid tussen deze aandoeningen en angststoornissen te kunnen maken.

De verschillende behandelopties worden via het stepped-care model besproken in hoofdstuk 10, waarbij ook handige websites en tools aangereikt worden die de deelnemers actief in hun praktijk kunnen gebruiken bij de behandeling van angststoornissen.

In hoofdstuk 11 wordt zeer kort ingegaan op angststoornissen bij kinderen en jongeren. Het doel van dit hoofdstuk is de deelnemer bedacht te maken op (alarm)signalen en om ‘abnormale’ angst bij kinderen te leren herkennen om zo deze kinderen tijdig naar een kinder- en jeugdpsychiater te kunnen verwijzen.

Tot slot omvat hoofdstuk 13 de tevredenheidsbevraging waarin gepeild wordt naar hoe de deelnemers de e-learning ervaren hebben en wat ze al dan niet hebben bijgeleerd (**bijlage 3**).

Zie **bijlage 4** voor enkele voorbeelden uit de e-learning (**bijlage 4**).

2.1.4.3 Toetsen van de e-learning

Om het leereffect van de e-learning te evalueren werd er gebruik gemaakt van een voor- en natoets **(bijlage 5)**. Beide toetsen omvatten 11 multiple choice vragen waarop telkens één juist antwoord is. De voor- en natoets hebben een gelijkaardige opbouw, waarbij ze beide startten met vier stellingen over angst en angststoornissen die juist of fout zijn, en vervolgens 7 casussen waarbij de deelnemer naar de correcte diagnose of het correcte beleid gevraagd wordt en hierbij de keuze krijgt uit 4 antwoordmogelijkheden. De voor- en natoets hebben een gelijkaardige moeilijkheidsgraad waardoor het mogelijk wordt de behaalde resultaten te vergelijken en het leereffect van de e-learning te beoordelen.

Het gebruik van een voor- en natoets als ‘tool’ om het leereffect van een nieuwe e-learning te beoordelen, werd reeds eerder gebruikt in verschillende masterproeven (53), (54), (55), (56).

Na het beantwoorden van elke vraag werd er bij de deelnemer gepeild naar hoe zeker hij/zij was van het gegeven antwoord. Dit gebeurde met behulp van een 5-punts Likertschaal waarbij de antwoordmogelijkheden varieerden van “heel onzeker” (1 punt) tot “heel zeker” (5 punten).

2.1.5 Rekruteren van deelnemers

In samenspraak met de promotor van deze studie werden in eerste instantie de mede-HAIO’s uit de seminariegroep van de auteur gerekruteerd. Er werd mondelinge toestemming verworven van 3 verschillende stage-coördinatoren (dit zijn huisartsen die een groep huisartsen-in-opleiding tweewekelijks begeleiden tijdens een seminarie) om de HAIO’s in hun seminariegroep rechtstreeks uit te nodigen om deel te nemen aan deze studie. Deze HAIO’s ontvingen een rechtstreekse uitnodiging per seminariegroep. De uitnodiging bereikte op deze manier 29 HAIO’s.

HAIO’s werden eveneens uitgenodigd via een vooropgesteld bericht (**bijlage 6**) dat geplaatst werd in de facebook-groepen van de verschillende promotiejaren huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven.

Tot slot werden de praktijkopleiders van de auteur persoonlijk uitgenodigd om deel te nemen.

Er werd de deelnemers gevraagd de e-learning te doorlopen (met invullen van de voor- en natoets) tussen 15 juli en 31 juli 2024. De deadline werd uiteindelijke met enkele dagen verlengd tot en met 5 augustus 2024.

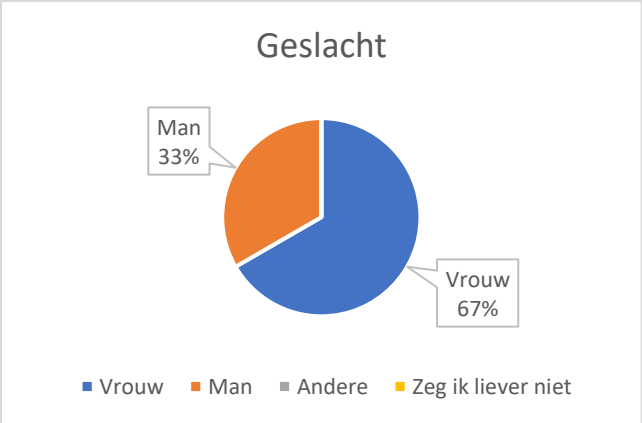
3. Resultaten

In totaal hebben 12 deelnemers (n=12) aan deze studie deelgenomen waarvan 10 deelnemers zowel de voortoets als de natoets volledig beantwoordden (completers), en 2 deelnemers enkel de voortoets invulden (non-completers). De e-learning (met voor- en natoets) was beschikbaar voor de deelnemers tussen 15 juli en 5 augustus 2024.

3.1 Demografie

<u>Geslacht</u>

Van de 12 deelnemers identificeerden 8 deelnemers zich als vrouw (67%) en 4 als man (33%). Er waren geen deelnemers die zich als ‘andere’ identificeerden of die de vraag niet wensten te beantwoorden (**figuur 1**).

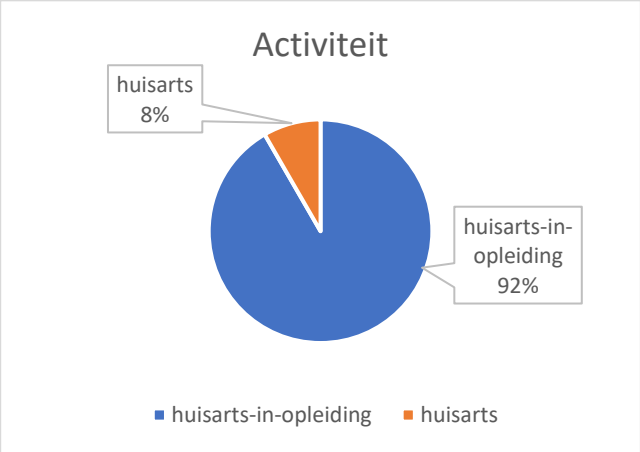


Figuur 1 Totaal aan deelnemers opgedeeld volgens geslacht

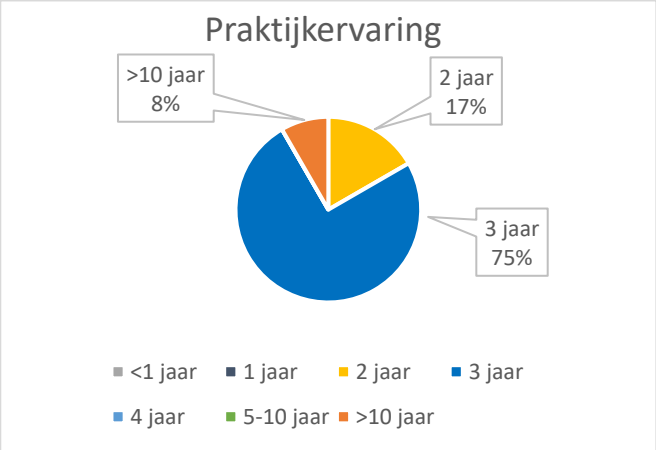
<u>Activiteit</u>

De grote meerderheid van de deelnemers is werkzaam als huisarts-in-opleiding (92%). Slechts 1 huisarts (8%) nam deel aan dit onderzoek (**figuur 2**).

Er werd ook bevraagd hoeveel jaren praktijkervaring de deelnemers hadden (HAIO- en eventuele ASO-jaren meegeteld) (**figuur 3**). De meerderheid van de deelnemers gaf aan 3 jaren praktijkervaring te hebben (75%). Twee deelnemers (17%) hadden 2 jaar praktijkervaring en 1 deelnemer (9%) was al meer dan 10 jaar actief als arts.



Figuur 3 Totaal aan deelnemers opgedeeld volgens hun functie (huisarts of huisarts-in-opleiding)



Figuur 2 Weergave van de praktijkervaring als arts van de deelnemers uitgedrukt in jaren

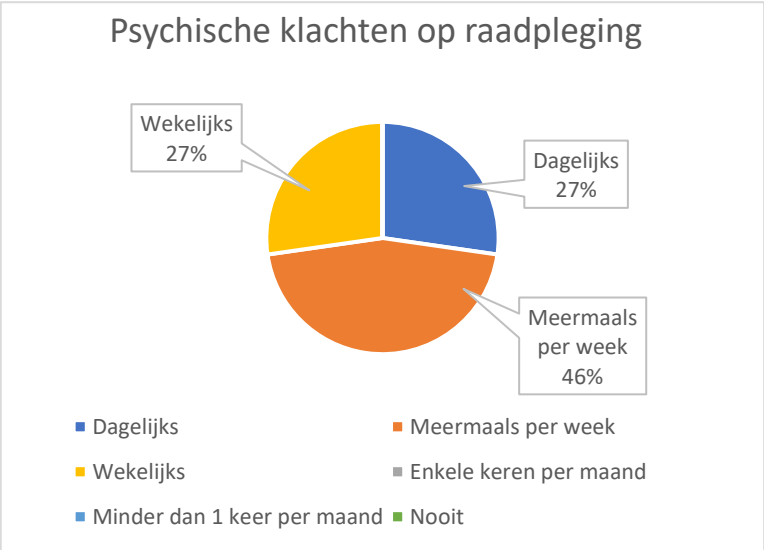
Demografie binnen de praktijk

Er werd de deelnemers gevraagd een inschatting te maken hoe vaak patiënten zich met psychische klachten op hun raadpleging presenteerden (**figuur 4**). Om onbekende reden werd deze vraag slechts door 11 van de 12 deelnemers beantwoord. Het grootste deel van de deelnemers (46%) gaf aan meerdere keren per week in contact te komen met patiënten met psychische klachten. 27% van de deelnemers ziet dagelijks patiënten met psychische klachten op raadpleging. Evenveel deelnemers (27%) gaven aan dat patiënten zich wekelijks met zulke klachten presenteren in hun praktijk.

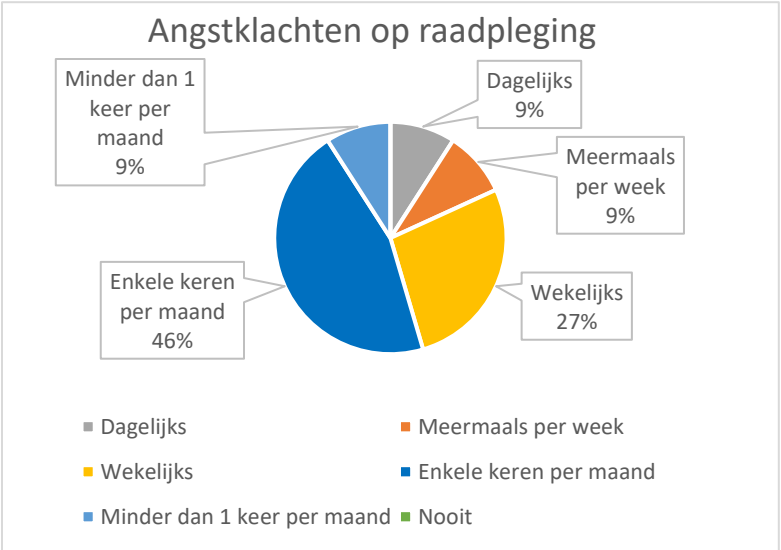
Vervolgens werd er ook gepeild naar hoe vaak de deelnemers patiënten met angstklachten zagen in hun praktijk (**figuur 5**). Ook deze vraag werd slechts door 11 van de 12 deelnemers beantwoord.

Er was geen enkele deelnemer die nooit patiënten met angstklachten op raadpleging zag. De meerderheid van de deelnemers ziet patiënten met angstklachten enkele keren per maand (46%) of wekelijks (27%) op de raadpleging. 9% antwoordden dat ze dagelijks patiënten met angstklachten op consultatie krijgen. Evenveel deelnemers (9%) meldden dat patiënten zich meermaals per week met deze klachten in hun praktijk presenteren. De overige 9% ziet patiënten met angstklachten minder dan 1 keer per maand op hun raadpleging.

Dit in tegenstelling tot de vorige vraag waar 100% van de deelnemers antwoordden dat ze patiënten met psychische klachten dagelijks (27%), meerdere keren per week (46%) of wekelijks (27%) zien. Recente cijfers van sciensano tonen aan dat angststoornissen de meest prevalente psychische aandoening vormen in België (4). Dit doet vermoeden dat angststoornissen ook bij de deelnemers van deze studie minder goed herkend worden en bijgevolg ondergediagnosticeerd zijn.



Figuur 5 Weergave van hoe vaak de deelnemers patiënten met psychische klachten op hun raadpleging zien



Figuur 4 Weergave van hoe vaak de deelnemers patiënten met angstklachten op hun raadpleging zien

<u>Persoonlijke interesse</u>

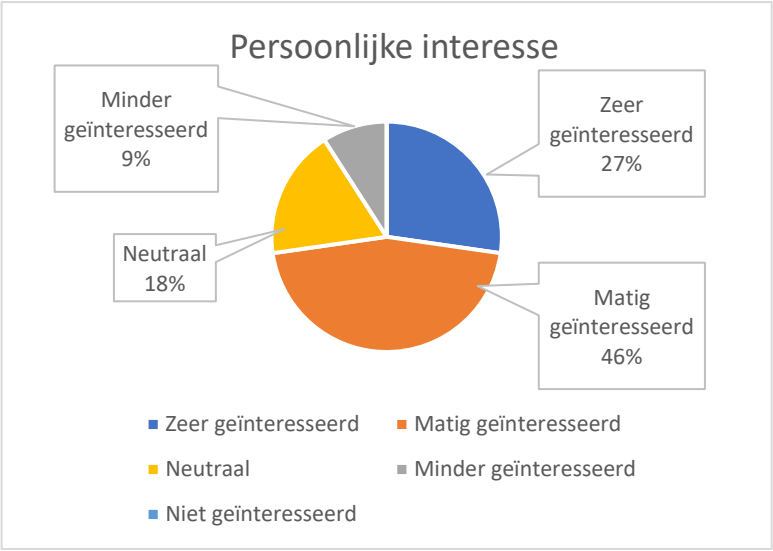
Een zesde vraag peilde naar de persoonlijke interesse van de deelnemers in de geestelijke gezondheidszorg (**figuur 6**). Deze vraag werd door 11 van de 12 deelnemers beantwoord.

De meerderheid van de deelnemers omschrijft zijn/haar interesse als “zeer geïnteresseerd” (27%) of “matig geïnteresseerd” (45%). 18% meldt geen uitgesproken interesse of disinteresse (“neutraal”) in de geestelijke gezondheidzorg. De minderheid (9%) omschrijft zichzelf als “minder geïnteresseerd”.

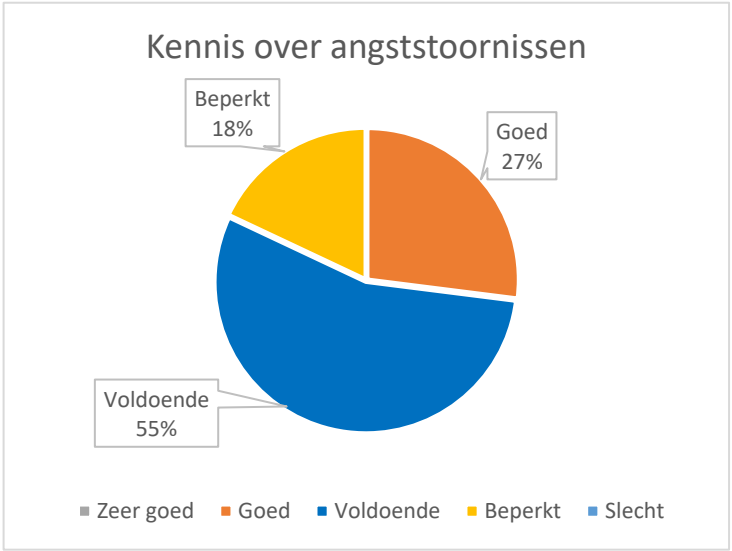
<u>Medische kennis over angststoornissen</u>

Een laatste vraag peilde naar hoe de deelnemers hun reeds aanwezige kennis over angststoornissen inschatten (**figuur 7**). Ook deze vraag werd beantwoord door 11 van de 12 deelnemers.

Geen enkele deelnemer omschreef zijn/haar huidige kennis als “zeer goed” of “slecht”. Zes deelnemers (55%) geven aan hun huidige kennis over angststoornissen als “voldoende” te beschouwen. 27% omschrijft deze als “goed” en 18% geeft aan dat hun kennis “beperkt” is.



Figuur 7 Weergave van de persoonlijke interesse in geestelijke gezondheidszorg van de deelnemers



Figuur 6 Weergave van hoe de deelnemers hun kennis inschatten voor het doorlopen van de e-learning

Doordat de antwoorden op deze demografische vragen anoniem waren en gerandomiseerd werden (los van de verdere e-learning) was het niet mogelijk om de antwoorden op deze vragen te linken aan de antwoorden van de deelnemers op de voor- en natoets. Hierdoor was het helaas niet mogelijk om conclusies te trekken tussen de demografische eigenschappen van de deelnemers en het behaalde leereffect (bv. of een zelf gerapporteerde interesse in geestelijke gezondheidzorg tot een beter resultaat leidt op de voor- en/of natoets).

3.2 Open vragen

Na het doorlopen van de achtergrondvragen (demografische vragen) konden deelnemers vrijblijvend ook enkele open vragen beantwoorden.

Vraag 1: *Waar ervaart u soms moeilijkheden mee mbt angststoornissen in de huisartsenpraktijk en/of op welke vragen zou u graag een antwoord krijgen?*

Deelnemer 1	Beleid, niet medicamenteuze behandeling.
Deelnemer 2	Praktische moeilijkheden ivm gepaste hulpverleners
Deelnemer 3	Het soms wel "moeten" voorschrijven van benzodiazepines in dergelijke situaties, terwijl dat iets is wat ik over het algemeen niet graag doe.
Deelnemer 4	Het is mij minder bekend (vb in vergelijking met burnoutklachten) wat wij als huisarts hier juist allemaal kunnen betekenen en in wanneer sturen we best door, of volstaat vb een eenmalig advies

	van een psychiater om de verdere opvolging in de huisartsenpraktijk te laten gebeuren.
Deelnemer 5	De exacte klassering, medicatie, andere hulplijnen
Deelnemer 6	Het juist doorverwijzen van patiënten naar therapeuten om te ondersteunen.
Deelnemer 7	Moeilijkheden met doorverwijzing naar tweedelijn

Tabel 2 Antwoorden van deelnemers op open vraag 1

Deze vraag werd door 7 van de 12 deelnemers beantwoord (**tabel 2**). Een terugkomend probleem dat wordt aangekaart door 4 van de 7 respondenten is de doorverwijzing naar de correcte instanties (gepaste hulpverleners, therapeuten, tweedelijn). Er wordt enerzijds melding gemaakt van praktische problemen die hierbij ondervonden worden, maar ook een wens naar extra informatie hierover (wanneer en naar wie doorverwijzen).

Een tweede moeilijkheid die door meerdere deelnemers wordt aangehaald (4 van de 7 respondenten) is het beleid en de verdere opvolging in de huisartsenpraktijk bij patiënten met een angststoornis. Heel concreet stelt deelnemer 3 dat hij/zij zich vaak genoodzaakt voelt om benzodiazepines voor te schrijven voor deze klachten, terwijl hij/zij dit liever niet doet. Deelnemer 4 stelt op zijn/haar beurt een gebrek aan kennis met betrekking tot wat wij als huisarts de patiënt kunnen bieden in verdere opvolging van deze problematiek. Ook deelnemers 1 en 5 hebben een concrete vraag naar het beleid, en meer bepaald de niet-medicamenteuze behandelopties.

Deelnemer 5 drukt tot slot ook de wens uit om meer te leren over de “klassering” van angststoornissen waarbij deze deelnemer vermoedelijk doelt op de diagnose en onderverdeling in de verschillende types angststoornissen.

Vraag 2: *Heeft u nog opmerkingen of bedenkingen voor het starten van de e-learning?*

Deze vraag werd door geen van de 12 deelnemers beantwoord.

3.3 Voor- en natoets

Voor de statistische interpretatie en bespreking van de resultaten maken we gebruik van het programma ‘IBM SPSS’ en ‘Windows Excel’.

Leereffect

De voortoets waarin gepeild werd naar de voorkennis van de deelnemers met betrekking tot angststoornissen, werd door 12 deelnemers ingevuld (n=12) (**tabel 3**). De natoets werd door 10 deelnemers ingevuld (n=10). Waarom 2 deelnemers de natoets niet invulden, is niet geweten. Om het leereffect van deze e-learning toch correct te kunnen interpreteren, werd de gemiddeld behaalde score op de natoets van de 10 deelnemers die de natoets volledig doorliepen (completers), gebruikt als score voor de 2 deelnemers die deze niet invulden (non-completers).

Bij het invullen van de voortoets werd een gemiddelde score van 69,9% (mediaan 73%) behaald met een standaarddeviatie van 14,74 (**tabel 4**). Het hoogste resultaat bedroeg 82%, wat opvallend door 5 van de 12 deelnemers behaald werd. Het laagste resultaat bedroeg 36%.

Na het doorlopen van de e-learning bedroeg de gemiddeld behaalde score op de natoets 78,4% (mediaan 80%) met een standaarddeviatie van 14,96 (**tabel 4**). Dit gemiddelde werd toegekend als score aan de 2 non-completers (deelnemers 11 en 12). Het hoogste behaalde resultaat was 100% (wat door twee deelnemers behaald werd) en het laagste resultaat bedroeg 55%.

Om het leereffect van de e-learning te bepalen werd er gekozen om een gepaarde eenzijdige t-toets uit te voeren. Op deze manier wordt de gemiddeld behaalde score op de voortoets vergeleken met deze van de natoets om bijgevolg na te gaan of er een significante toename is. De normaliteit van de resultaten werd bewezen door het toepassen van de Shapiro-Wilktest ($p > 0,05$). Bijgevolg mag de gepaarde t-toets uitgevoerd worden om de significantie van de gevonden resultaten te bepalen. Statistische significantie werd gedefinieerd als een p-waarde < 0.05.

Na het doorlopen van de e-learning steeg de gemiddelde score op de natoets met 8,48% tov de voortoets (**tabel 4**). Dit was een significant resultaat ($p < 0.05$) (**tabel 5**).

	VOORTOETS		***NATOETS***		***VERSCHIL***	
	Juiste antwoorden (#)	**Score (%)**	**Juiste antwoorden (#)**	**Score (%)**	**Absoluut (%)**	**Relatief (%)**
Deelnemer 1	9	82,0%	9	82,0%	0,0%	0,0%
Deelnemer 2	8	73,0%	10	91,0%	18,0%	24,0%
Deelnemer 3	4	36,0%	7	64,0%	28,0%	78,0%
Deelnemer 4	9	82,0%	9	82,0%	0,0%	0,0%
Deelnemer 5	6	55,0%	6	55,0%	0,0%	0,0%
Deelnemer 6	7	64,0%	9	82,0%	18,0%	28,0%
Deelnemer 7	8	73,0%	11	100,0%	27,0%	27,0%
Deelnemer 8	9	82,0%	6	55,0%	-27,0%	-33,0%
Deelnemer 9	8	73,0%	8	73,0%	0,0%	0,0%
Deelnemer 10	9	82,0%	11	100,0%	18,0%	22,0%

Deelnemer 11	6	55,0%	/	78,4%	23,4%	42,6%
Deelnemer 12	9	82,0%	/	78,4%	-3,6%	4,4%

Tabel 3: Weergave van de resultaten van de voor- en natoets en het berekende verschil tussen beide toetsen; Voor de score op de natoets van deelnemers 11 en 12 (non-completers) werd het gemiddelde van de behaalde score op de natoets van de overige 10 deelnemers gebruikt.

	VOORTOETS	***NATOETS***	***VERSCHIL***
Gemiddelde	69,9%	78,4%	8,5%
Standaarddeviatie v.h. gemiddelde	14,74	14,96	16,80
Mediaan	73,0%	80,0%	7,0%

Tabel 4 Weergave van het gemiddelde met standaarddeviatie en van de mediaan van de voor- en natoets; Weergave van het verschil tussen het gemiddelde en de mediaan van de voor- en natoets

	GEMIDDELDE TOENAME	***STANDAARD-DEVIATIE***	***BETROUW-BAARHEIDS-INTERVAL***	***T-WAARDE***	***DF***	***P-WAARDE***
Leereffect	8,48	16,27	-1,85;18,82	1,81	11	0.049

Tabel 5 Resultaten gepaarde eenzijde t-toets om het leereffect te evalueren; significantie werd gedefinieerd als $p < 0.05$

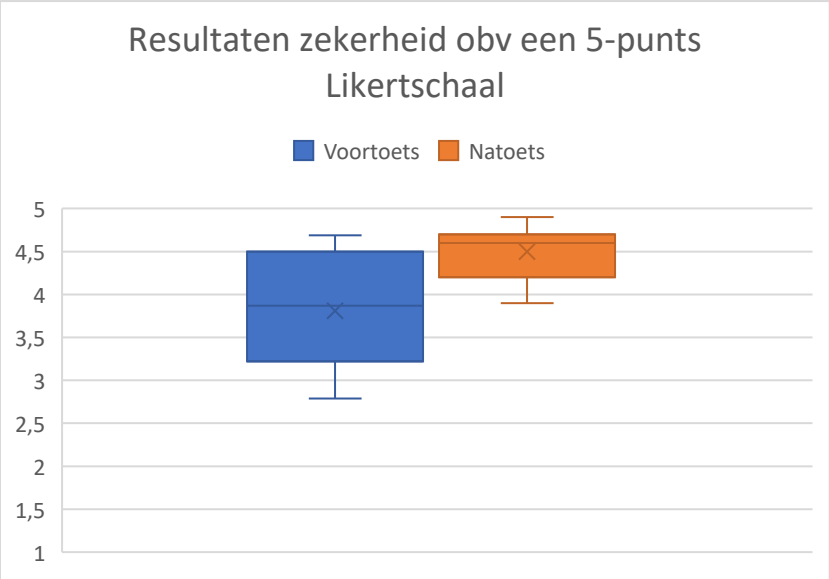


Figuur 8 Boxplot van de resultaten van de voor- en natoets

Zekerheidsanalyse

Na het beantwoorden van elke vraag werd er gevraagd aan de deelnemer om aan te geven hoe zeker hij/zij zich voelde over zijn/haar antwoord. Dit gebeurde met behulp van een 5-punts Likertschaal waarbij de antwoorden gecodeerd werden. Zo werd “heel onzeker” gelijkgesteld aan ‘1’, “eerder onzeker” aan ‘2’, “neutraal” aan ‘3’, “eerder zeker” aan ‘4’ en “heel zeker” werd gelijkgesteld aan ‘5’. Doordat de resultaten van deze zekerheidsvragen strikt geanonimiseerd werden via het leerplatform Sofia, was het niet mogelijk om deze antwoorden te linken aan de desbetreffende deelnemer. Hierdoor kon enkel het globale verschil in zekerheid tussen de voor- en natoets berekend worden en niet het verschil per deelnemer. Ook een vergelijking tussen het individueel bekomen leereffect en de toename in zekerheid was hierdoor niet mogelijk.

De gemiddelde zekerheid die de deelnemers aangaven bij het doorlopen van de voortoets bedroeg 3,81 op 5 met een standaarddeviatie van 0,67. Bij het doorlopen van de natoets gaven de deelnemers een gemiddelde zekerheid van 4,50 op 5 aan met een standaarddeviatie van 0,31. Dit is een significante toename van het gemiddelde met 0.69 punten op 5 ($p < 0.05$) (tabel 6). Bijlage 7 toont de resultaten van de zekerheidsanalyse van de voor- en natoets (**bijlage 7**).



Figuur 9 Boxplot van de resultaten van de zekerheidsbevraging bij de deelnemers bij het doorlopen van de voor- en natoets obv een 5-punts Likertschaal

	GEMIDDELDE TOENAME	***STANDAARD-DEVIATIE***	***BETROUW-BAARHEIDS-INTERVAL***	***T-WAARDE***	***DF***	***P-WAARDE***
Leereffect	0,69	0.60	0.29;1.09	3,84	10	0.02

Tabel 6 Resultaten gepaarde eenzijde t-toets om de resultaten van de zekerheidsanalyse te evalueren; significantie werd gedefinieerd als $p < 0.05$

3.4 Tevredenheidsbevraging

Na het doorlopen van de e-learning en beëindigen van de natoets werden de deelnemers uitgenodigd om enkele vragen te beantwoorden om te peilen naar hun tevredenheid met betrekking tot de e-learning. Deze enquète werd door 9 deelnemers ingevuld (n=9).

Vraag 1: *Vond u de e-learning interessant?*

De antwoordmogelijkheden werden opgesteld op basis van een 5-punts Likertschaal waarbij "niet interessant" gelijkgesteld werd aan een score van 1, en "zeer interessant" aan een score van 5. Deze vraag werd door 9 deelnemers beantwoord waarvan 40% de e-learning "zeer interessant" vond en 60% aangaf de e-learning "interessant" te vinden. Dit komt overeen met een score van 4,4 op 5.

Vraag 2: *Wat vond u van de lengte van de e-learning?*

Opnieuw werden de antwoordmogelijkheden opgesteld volgens een 5-punts Likertschaal waarbij "zeer lang" werd gelijkgesteld aan 5 en "zeer kort" aan 1. Van de 9 respondenten beantwoordde de meerderheid dat ze de e-learning "eerder lang" vonden (70%). 10% vond de e-learning "zeer lang" en 20% vond de lengte "precies goed". Dit komt overeen met een score van 3,9 op 5.

Vraag 3: *Heeft u iets bijgeleerd? Zo ja, wat?*

Deze vraag werd door 6 deelnemers beantwoord (n=6) (**tabel 7**). Deelnemers gaven aan bijgeleerd te hebben over de verschillende behandelopties (2 van de 6 respondenten). 3 van de respondenten gaven aan meer te weten te zijn gekomen over de differentiaaldiagnoses en op welke signalen ze moeten letten bij het diagnosticeren van angststoornissen en angstproblematiek in de huisartsenpraktijk. Daarnaast haalt deelnemer 2 ook nog aan dat hij/zij handige informatieve links en bronnen via de e-learning heeft leren kennen om actief in de praktijk te kunnen gebruiken.

Deelnemer 1	Richtlijnen en structuur, welke behandeling wanneer meestal aangewezen is
Deelnemer 2	Veel, vooral de DD is veel duidelijker. Nuttige filmpjes, alsook informatieve links/bronnen om in de praktijk te kunnen gebruiken.
Deelnemer 3	Duidelijke concrete kenmerken over de verschillende aandoeningen en waarop te letten bij diagnose; alsook over de behandelingsmogelijkheden.

Deelnemer 4	Leuk om opnieuw beknopt een overzicht te krijgen. Toch merkte ik dat alsnog fout redeneerde, dus zeker een werkpunt van mezelf. Succes!
Deelnemer 5	Goede opfrissing
Deelnemer 6	Subtielere signalen herkennen

Tabel 7 Antwoorden deelnemers op vraag 3 van de tevredenheidsenquête

Vraag 4: *Zijn er dingen die volgens u de e-learning nog zouden kunnen verbeteren? Zo ja, wat?*

Deze vraag werd door 6 deelnemers beantwoord waarvan 2 deelnemers geen concreet antwoord gaven (**tabel 8**). Deelnemer 2 haalt aan dat hij/zij de e-learning vrij lang vond en dat het daarom wel handig was dat deze onderbroken kon worden. Hij/zij haalt aan dat de verwachtte duurtijd eventueel nog duidelijker vermeld had kunnen worden in de e-learning. Tegelijk toont deelnemer 2 ook begrip voor de lengte gezien de uitgebreidheid van het onderwerp en om hierover voldoende te kunnen bijleren.

Deelnemer 4 meldt dat hij/zij graag nog wat extra meerkeuzevragen had gezien verspreid doorheen de e-learning. Deelnemer 1 en 3 vonden de e-learning goed zoals deze was en hadden geen concrete bemerkingen hierover.

Deelnemer 1	Eigenlijk niet
Deelnemer 2	Ik vond de duur wel vrij lang, waardoor je echt wel voldoende tijd ervoor moet kunnen maken. Tegelijk is het wel nodig om de verschillende angststoornissen te bespreken en hier ook effectief over te kunnen bijleren. Goed dat het gepauzeerd kan worden. Eventueel nog de geschatte duurtijd duidelijker vermelden?
Deelnemer 3	Geen verbeteringen.
Deelnemer 4	evt nog meer meerkeuze vragen tussenin
Deelnemer 5	/
Deelnemer 6	/

Tabel 8 Antwoorden deelnemers op vraag 4 van de tevredenheidsenquête

<u>Vraag 5:</u> *Zijn er dingen waarvan u gehoopt had dat ze in de e-learning aan bod zouden komen, maar die niet besproken werden? Zo ja, wat?*

Op deze vraag werd opnieuw door 6 deelnemers een antwoord ingediend, echter gaf slechts de helft een concreet antwoord op deze vraag (**tabel 9**).

Deelnemer 6 vermeldde dat hij/zij graag nog wat extra informatie had gekregen over de mogelijke bijwerkingen van de medicatie en hoe hier adequaat mee om te gaan. Zowel deelnemer 1 als 3 antwoordde dat er geen onderwerpen waren die niet aan bod zijn gekomen en waarvan ze initieel hadden gehoopt dat deze besproken zouden worden.

Deelnemer 1	Eigenlijk niet
Deelnemer 2	/
Deelnemer 3	Geen.
Deelnemer 4	/
Deelnemer 5	/
Deelnemer 6	Te verwachten bijwerkingen van medicatie en hoe hier mee om te gaan

Tabel 9 Antwoorden deelnemers op vraag 5 van de tevredenheidsenquête

4. Discussie

De huisarts is voor de meeste patiënten hét aanspreekpunt wanneer zij psychische klachten ervaren (1, 39). Toch geven huisartsen aan dat zij vaak moeilijkheden ervaren bij het herkennen en diagnosticeren van psychische stoornissen (3, 9). Uit onderzoek blijkt dat vooral angststoornissen frequent miskend worden in de huisartsenpraktijk (3, 7-9). Dit hoewel uit officiële cijfers blijkt dat angststoornissen het afgelopen jaar de hoogste prevalentie van alle psychische aandoeningen in België telden (4).

Het langdurig miskennen en niet of inadequaat behandelen van angststoornissen gaat gepaard met een opmerkelijk verlies aan levenskwaliteit enerzijds (2, 3) en een verhoogd risico op het ontwikkelen van secundaire psychiatrische aandoeningen anderzijds (19-22).

Artsen halen verschillende redenen aan om de moeilijkheden die ze ondervinden met diagnostiek te verklaren. Een voorname reden is een gebrek aan kennis (5). Het doel van deze masterproef was om een e-learning module over het herkennen en behandelen van angststoornissen voor huisartsen(in-opleiding) te ontwikkelen op basis van recente evidence-based richtlijnen en het effect hiervan op de kennis van de deelnemers na te gaan. De impact of het leereffect van de e-learning werd gecontroleerd door elke deelnemer een voor- en natoets te laten invullen en de bekomen resultaten met elkaar te vergelijken,

waarbij de voortoets werd ingevuld vóór het starten van de leermodule en de natoets werd ingevuld na het doorlopen van de e-learning. Daarnaast werd zowel bij de voortoets als bij de natoets gepeild naar hoe zeker de deelnemers zich voelden over hun antwoord, en ook deze resultaten werden nadien met elkaar vergeleken.

De e-learning werd in totaal door 12 deelnemers doorlopen waarvan 10 deelnemers zowel de voor- als natoets beantwoordden en 2 deelnemers enkel de voortoets invulden. De verzamelde demografische gegevens tonen dat de e-learning vooral door huisartsen-in-opleiding werd doorlopen, wat ook de voornaamste doelgroep was. Verder stellen we vast dat de grote meerderheid van de deelnemers vrouwelijke artsen waren en tussen de 2 tot 3 jaren praktijkervaring hadden. Een interessante bevinding is dat 100% van de deelnemers aangeeft minstens één keer per week patiënten met psychische klachten op raadpleging te zien, en bijna driekwart (73%) aangeeft hier nog vaker mee geconfronteerd te worden (meerdere keren per week tot dagelijks). Dit in tegenstelling tot de volgende vraag waar de meerderheid van de deelnemers aangeeft patiënten met angstklachten slechts enkele keren per maand of zelfs minder dan maandelijks op de raadpleging tegen te komen. Dit is een frappant resultaat, gezien de hoge prevalentie van angststoornissen (de hoogste van alle psychische aandoeningen in België) en doet vermoeden dat angststoornissen mogelijks ook minder goed herkend en minder goed gediagnosticeerd worden door de deelnemers aan dit onderzoek. De ruime meerderheid (73%) schat zijn/haar voorkennis over angststoornissen als “beperkt” of “voldoende” in en slechts iets meer dan een kwart (27%) schat zijn kennis als “goed” in. Dit toont opnieuw de noodzaak om evidence-based informatie over angststoornissen tot bij huisartsen te krijgen en lijkt de relevantie van deze e-learning te bevestigen.

De resultaten die behaald werden op de natoets waren gemiddeld 8,48% hoger dan deze van de voortoets. Dit was een (weliswaar beperkt) statistische significant resultaat ($p = 0.049$ bij significantie gedefinieerd als $p < 0.05$) en bewijst het leereffect van de e-learning. Wat opvalt is dat 5 van de 12 deelnemers reeds een hoge score op de voortoets behaalden (82%). Van deze 5 deelnemers was er slechts 1 die zijn/haar score verbeterde (100%), 2 van de 5 behaalden een even hoge score op de natoets (82%), 1 deelnemer vulde de natoets niet in en 1 deelnemer scoorde onverwacht slechter op natoets (55%). Het is enigszins logisch dat deelnemers die reeds over een goede kennis over angststoornissen beschikken beter scoren op de voortoets en deze score mogelijks niet meer significant kunnen verbeteren. Anderzijds kan dit er ook op wijzen dat de aangereikte evidence-based informatie in de e-learning niet diepgaand genoeg was om de reeds aanwezige kennis van deze deelnemers te vergroten. Waarom de laatste deelnemer zoveel slechter scoorde op de natoets tov de voortoets is onduidelijk. De redenen hiervoor kunnen enerzijds bij de e-learning liggen, maar anderzijds is het ook mogelijk dat ze bij de deelnemer zelf liggen.

Een duidelijker effect was terug te vinden op de zekerheid die de deelnemers voelden bij het beantwoorden van de vragen van de natoets. De zekerheid bij het invullen van de natoets steeg gemiddeld met 0.69 punten op 5 tov de voortoets. Dit was een significant resultaat ($p = 0.02$ bij significantie gedefinieerd als $p < 0.05$). Dit toont aan dat het doorlopen van de e-learning een positief effect had op de zekerheid waarmee de deelnemers vragen over de diagnose en het beleid bij angststoornissen beantwoordden.

<u>LIMITATIES</u>

Met 12 deelnemers was de steekproefgrootte helaas merkbaar kleiner dan de vooropgestelde steekproefgrootte van 20-30 deelnemers. Eén van de voornaamste redenen hiervoor is vermoedelijk de beperkte tijdspanne waarin de e-learning beschikbaar was en waarin deelnemers deze konden doorlopen. Vanwege de kleine steekproefgrootte moet de significantie van de gevonden resultaten uiteraard met enige terughoudendheid geïnterpreteerd worden.

Van de 12 deelnemers waren er 2 non-completers die de natoets niet doorlopen hebben. De reden hiervoor is onduidelijk. Een mogelijke oorzaak kan de lengte van de e-learning zijn. Een deelnemer had ruim een uur nodig om de volledige e-learning te doorlopen (wellicht nog iets meer), wat uiteraard een reden kan zijn waardoor de deelnemers gaandeweg afhaakten. 80% van de deelnemers gaf in de tevredenheidsbevraging aan de e-learning “eerder lang” tot “zeer lang” te vinden. Een voordeel van het SOFIA leerplatform was dat het de deelnemer toeliet om de e-learning te onderbreken en op een later tijdstip te hernemen. Een voordeel dat ook door één van de deelnemers in de tevredenheidsbevraging werd aangehaald.

Een nadeel dat gaandeweg ontdekt werd, was dat de leermodule enkel toegankelijk was voor HAIO’s en praktijkopleiders. Hierdoor was het niet mogelijk om de doelgroep van de e-learning uit te breiden naar praktiserende huisartsen, wat initieel wel de bedoeling was.

Het gebruik van het leerplatform ‘SOFIA’ om de e-learning te ontwikkelen ging gepaard met enkele moeilijkheden. Zo was het niet mogelijk om als auteur van de e-learning de resultaten zelf te raadplegen en was ik afhankelijk van een tussenpersoon om de resultaten te recupereren. Het leerplatform laat toe om verschillende types van vragen aan te maken waaronder meerkeuzevragen, open vragen en poll vragen (bedoeld voor peilingen waarbij er geen foutieve antwoorden mogelijk zijn). Echter bleek achteraf dat de resultaten van vragen die werden opgesteld volgens het subtype “poll vragen” volledig geanonimiseerd werden los van de overige resultaten. Dit had tot gevolg dat de zekerheidsanalyse (die werd opgesteld als “poll vragen”) niet per deelnemer kon geïnterpreteerd worden en waardoor het ook onmogelijk was om te achterhalen of de mate van zekerheid of onzekerheid die aangegeven werd, hoorde bij een correct of foutief antwoord.

5. Conclusie

De bevindingen van dit onderzoek benadrukken het belang van aanvullende scholing voor huisartsen op het gebied van het herkennen en behandelen van angststoornissen, gezien de hoge prevalentie van deze aandoeningen en de uitdagingen die huisartsen ervaren bij de diagnostiek. De ontwikkelde e-learning toonde een significante verbetering zowel op vlak van kennis als op vlak van zekerheid bij huisartsen(-in-opleiding) in de diagnose en behandeling van angststoornissen. Hoewel deze resultaten significant zijn, moeten ze met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de kleine steekproefgrootte. Verdere studies met grotere populaties zijn nodig om de bevindingen te bevestigen en de effectiviteit van de module op langere termijn te evalueren.

6. Bronvermelding

1. Verhaak PF, van Dijk CE, Nuijen J, Verheij RA, Schellevis FG. Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. Scand J Prim Health Care. 2012;30(3):156-62.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004(420):38-46.
3. Sinnema H, Majo MC, Volker D, Hoogendoorn A, Terluin B, Wensing M, et al. Effectiveness of a tailored implementation programme to improve recognition, diagnosis and treatment of anxiety and depression in general practice: a cluster randomised controlled trial. Implement Sci. 2015;10:33.
4. Sciensano. Geestelijke Gezondheid: Angst en depressie, Health Status Report, 17 Apr 2024, Brussel, België, https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie [Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/geestelijke-gezondheid/angst-en-depressie.
5. Tylee A, Walters P. Underrecognition of anxiety and mood disorders in primary care: why does the problem exist and what can be done? J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:27-30.
6. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG Standaard Angst 2019. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst#volledige-tekst.
7. Chapdelaine A, Carrier JD, Fournier L, Duhoux A, Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. PLoS One. 2018;13(11):e0206357.
8. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:36-41.
9. Fernández A, Haro JM, Martinez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, Autonell J, et al. Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. Br J Psychiatry. 2007;190:172-3.
10. Smolders M, Laurant M, van Wamel A, Grol R, Wensing M. What determines the management of anxiety disorders and its improvement? J Eval Clin Pract. 2008;14(2):259-65.
11. Karsten J, Hartman CA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Cuijpers P, et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. Br J Psychiatry. 2011;198(3):206-12.
12. Ruscio AM, Chiu WT, Roy-Byrne P, Stang PE, Stein DJ, Wittchen HU, et al. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. J Anxiety Disord. 2007;21(5):662-76.
13. Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, et al. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med. 2005;35(7):1073-82.
14. Archer C, Kessler D, Wiles N, Turner K. GPs' and patients' views on the value of diagnosing anxiety disorders in primary care: a qualitative interview study. Br J Gen Pract. 2021;71(707):e450-e7.
15. Sinnema H, Terluin B, Volker D, Wensing M, van Balkom A. Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. BMC Fam Pract. 2018;19(1):99.
16. Fernández A, Rubio-Valera M, Bellón JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Mendive JM, et al. Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAP study. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(3):227-33.
17. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Generalised Anxiety Disorder in Adults: Management in Primary, Secondary and Community Care. Leicester (UK): British Psychological Society

Copyright © 2011, The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2011.

18. National Collaborating Centre for Mental H. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Leicester (UK): British Psychological Society (UK)

Copyright © The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2013.; 2013.
19. Flannery-Schroeder EC. Reducing Anxiety to Prevent Depression. American Journal of Preventive Medicine. 2006;31(6, Suppl 1):S136-S42.
20. Vorspan F, Mehtelli W, Dupuy G, Bloch V, Lépine JP. Anxiety and substance use disorders: co-occurrence and clinical issues. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(2):4.
21. Buckner JD, Morris PE, Abarno CN, Glover NI, Lewis EM. Biopsychosocial Model Social Anxiety and Substance Use Revised. Curr Psychiatry Rep. 2021;23(6):35.
22. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1.
23. Lim LF, Solmi M, Cortese S. Association between anxiety and hypertension in adults: A systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2021;131:96-119.
24. Machin AR, Babatunde O, Haththotuwa R, Scott I, Blagojevic-Bucknall M, Corp N, et al. The association between anxiety and disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2020;39(5):1471-82.
25. Anderson RJ, Grigsby AB, Freedland KE, de Groot M, McGill JB, Clouse RE, et al. Anxiety and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. Int J Psychiatry Med. 2002;32(3):235-47.
26. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. Psychol Med. 2004;34(8):1385-94.
27. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depress Anxiety. 2002;16(4):162-71.
28. Olariu E, Forero CG, Castro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Álvarez P, Martín-López LM, et al. DETECTION OF ANXIETY DISORDERS IN PRIMARY CARE: A META-ANALYSIS OF ASSISTED AND UNASSISTED DIAGNOSES. Depress Anxiety. 2015;32(7):471-84.
29. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21(10):718-79.
30. Andlin-Sobocki P, Wittchen HU. Cost of anxiety disorders in Europe. Eur J Neurol. 2005;12 Suppl 1:39-44.
31. Dankbaar MEW. De effectiviteit van e-learning en de implementatie in het medisch onderwijs. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs. 2009;28(5):212-22.
32. Thevathasan L, Fairley L, Phillips C. Effect of medical education on European primary care physicians' knowledge in management of major depressive disorder and psychiatric emergencies. European Psychiatry. 2022;65(S1):S293-S.
33. Bond S, Binet É, Pudelko B. [Using Technology to Optimize the Training of Mental Health Providers in Evidence-Based Treatment: State of Knowledge]. Sante mentale au Quebec. 2021;46 1:71-95.
34. de Beurs DP, de Groot MH, de Keijser J, Mokkenstorm J, van Duijn E, de Winter RFP, et al. The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. Journal of Affective Disorders. 2015;175:446-53.
35. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

Copyright © NICE 2020.; 2019.
36. GGZ Standaarden. Angstklachten en angststoornissen 2022. Available from: https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/introductie.

37. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol. 2014;28(5):403-39.
38. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. Int J Psychiatry Clin Pract. 2012;16(2):77-84.
39. Andrews G, Bell C, Boyce P, Gale C, Lampe L, Marwat O, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(12):1109-72.
40. Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
41. Craske M, Bystritsky A. Generalized anxiety disorder in adults: Management. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
42. Roy-Byrne PP. Panic disorder in adults: Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
43. Roy-Byrne PP, Craske M. Panic disorder in adults: Treatment overview. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
44. Schneier FR. Social anxiety disorder in adults: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
45. Stein MB, Taylor CT. Social anxiety disorder in adults: Treatment overview. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
46. McCabe RE. Specific phobia in adults: Epidemiology, clinical manifestations, course, and diagnosis. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
47. McCabe RE, Bui E. Specific phobia in adults: Treatment overview. Waltham, MA: UpToDate; 2024.
48. Federatie Medisch Specialisten. Angststoornissen 2013. Available from: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/angststoornissen/angststoornissen_-_startpagina.html.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC2013.
50. van Avendonk MJ, Hassink-Franke LJ, Terluin B, van Marwijk HW, Wiersma T, Burgers JS. [Summarisation of the NHG practice guideline 'Anxiety']. Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156(34):A4509.
51. Tiemens B, Ormel J, Brink RHS, Jenner J, Meer K, Os T, et al. signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk. De ontwikkeling van een screeningsinstrument. Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg: TSG: 14-daags blad van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Gezondheidszorg. 1995;73:520-7.
52. Elsevier Ob. Learn visually with Osmosis 2024 [Available from: https://www.osmosis.org/.
53. Van de Vyver A, Buekens P-J, Joncheere F. E-learning: afbouw van benzodiazepines. Katholieke Universiteit Leuven; 2023.
54. Geens S. De ontwikkeling van een e-learning module otoscopie en het belang hiervan binnen het huisartsdomein.: Katholieke Universiteit Leuven; 2019.
55. Veryser M. Ontwikkelen en toetsen van een e-learning module rond pijnmanagement in palliatieve situaties voor huisartsen(-in-opleiding). Katholieke Universiteit Leuven; 2018.
56. van Tilburg A-M. Het effect van een e-learning module op het correct invullen van een overlijdensattest.: Katholieke Universiteit Leuven; 2023.

7. Bijlagen

7.1 Bijlage 1: Goedkeuring van ethische commissie

GROEP BIOMEDISCHE WETENSCHAPPEN
HERESTRAAT 49, O&N II – BUS 700
BE-3000 LEUVEN

English version below.

Ons kenmerk: MP023695

Uw kenmerk: Masterproef studie: Angststoornissen in de Huisartsenpraktijk: een E-Learning.

Leuven, 16-01-2023

GEEN BEZWAAR BRIEF

Geachte Professor Dr Marc Van Nuland

Geachte Leen Capiau

De Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven bevestigt hierbij dat er geen bezwaren zijn tegen het uitvoeren van de voorgestelde studie, zoals ze werd beschreven in het protocol. De Commissie is van oordeel dat er vanuit ethisch standpunt geen bezwaren zijn bij de voorgestelde studie. De studie werd goedgekeurd op 16-01-2023

De Onderwijs-Begeleidings-Commissie voor Medische Ethiek (OBC) heeft in delegatie van het EC Onderzoek UZ/KU Leuven het vermeld protocol onderzocht en besproken op haar vergadering.

Bij deze anonieme studie zal elektronisch leermateriaal ontwikkeld worden om finaal de diagnose en behandeling van angststoornissen te verbeteren. Huisartsen en HAIOs zullen benaderd worden, waarbij het geheel van de studie verschillende fasen omvat: een vragenlijst invullen met betrekking tot de eigen achtergrond, een voortoets uitvoeren, de e-learning doorlopen en ten slotte een natoets doen. Achteraf wordt er ook een tevredenheidsvragenlijst aangeboden met betrekking tot de e- learning. De aanvraag is duidelijk opgesteld, en bevat alle nodige en reeds beschikbare informatie. Er zijn geen bezwaren tegen de studie.

EC Onderzoek heeft geen bezwaar tegen het project mits vertrouwelijke behandeling van de gegevens en naleving van de Belgische wetgeving omtrent privacy. EC wenst de hoofdonderzoeker/promotor van de studie te wijzen op zijn/haar verantwoordelijkheid betreft de privacy van de persoons-/patiëntgegevens bij contact met levende personen, patiënten en/of inzage in het elektronisch medisch dossier, inclusief de correcte implementatie hiervan door medewerkers en studenten.

Deze geen bezwaar brief betreft de indiening van 30-12-2022 en wordt gegeven voor de duur van de Masterproef van de betrokken student(en). Elke wijziging aan het protocol doet dit advies vervallen. U dient in dat geval tijdig een amendement voor advies voor te leggen aan de Onderwijs- Begeleidings-Commissie (OBC) die de initiële studie heeft geëvalueerd.

EC bevestigt dat ze werkt in overeenstemming met de ICH-GCP principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), met de meest recente versie van de Verklaring van Helsinki en met de van toepassing zijnde wetten en regelgeving.

EC bevestigt dat in geval van belangenconflict, de betrokken leden niet deelnemen aan de besluitvorming omtrent de studie.

Met vriendelijke groet, Prof.

dr. Minne Casteels

Voorzitter
Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

Prof. dr. Pascal Borry
Voorzitter
Onderwijs-BegeleidingsCommissie voor Medische Ethiek KU Leuvenv

---

Aandachtspunten (indien van toepassing)

EC benadrukt dat een GCP-opleiding van elke hoofdonderzoeker verwacht wordt. EC benadrukt tevens dat de hoofdonderzoeker/promotor verantwoordelijk is voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de van toepassing zijnde wetten en voorschriften, waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische wet betreffende de rechten van patiënten van 22/8/2002, en het beleid van de instelling waar het onderzoek zal worden uitgevoerd.

Bij gebruik van elektronisch medische gegevens is een formeel akkoord van de dienstraad vereist. De opdrachtgever is verantwoordelijk voor de conformiteit van de anderstalige documenten met de Nederlandstalige documenten.

Dit advies van EC houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk.

Bovendien dient u als hoofdonderzoeker erover te waken dat de resultaten van dit onderzoek, correct worden weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz.

U wordt eraan herinnerd dat bij klinische studies iedere door u waargenomen ernstige verwikkeling onmiddellijk zaan EC moet worden gemeld, ook al is het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk.

7.2 Bijlage 2: Achtergrondvragen

- Ik ben een …
    - Man
    - Vrouw
    - Andere
    - Zeg ik liever niet
- Ik ben actief als
    - Huisarts
    - Huisarts-in-opleiding
    - Andere
- Hoeveel jaren praktijkervaring heeft u (HAIO- en ASO-opleiding meegeteld)?
    - < 1 jaar
    - 1 jaar
    - 2 jaar
    - 3 jaar
    - 4 jaar
    - 5 – 10 jaar
    - > 10 jaar
- In mijn praktijk presenteren patiënten zich met psychische klachten
    - Dagelijks
    - Meermaals per week
    - Wekelijks
    - Enkele keren per maand
    - Minder dan 1 keer per maand
    - Nooit
- In mijn praktijk presenteren patiënten zich met angstklachten
    - Dagelijks
    - Meermaals per week
    - Wekelijks
    - Enkele keren per maand
    - Minder dan 1 keer per maand
    - Nooit
- Ik beschouw mijn persoonlijke interesse in de geestelijke gezondheidszorg als
    - Zeer geïnteresseerd
    - Matig geïnteresseerd
    - Neutraal
    - Minder geïnteresseerd
    - Niet geïnteresseerd
- Ik beschouw mijn medische kennis over angststoornissen als
    - Zeer goed
    - Goed
    - Neutraal
    - Minder goed
    - Slecht
- *(optioneel)* Waar ervaart u soms moeilijkheden mee mbt angststoornissen in de huisartsenpraktijk en/of op welke vragen zou u graag een antwoord krijgen?
- *(optioneel)* Andere opmerkingen?

7.3 Bijlage 3: Tevredenheidsbevraging

- Vond u de e-learing interessant?
    - Zeer interessant
    - Eerder interessant
    - Neutraal
    - Minder interessant
    - Niet interessant

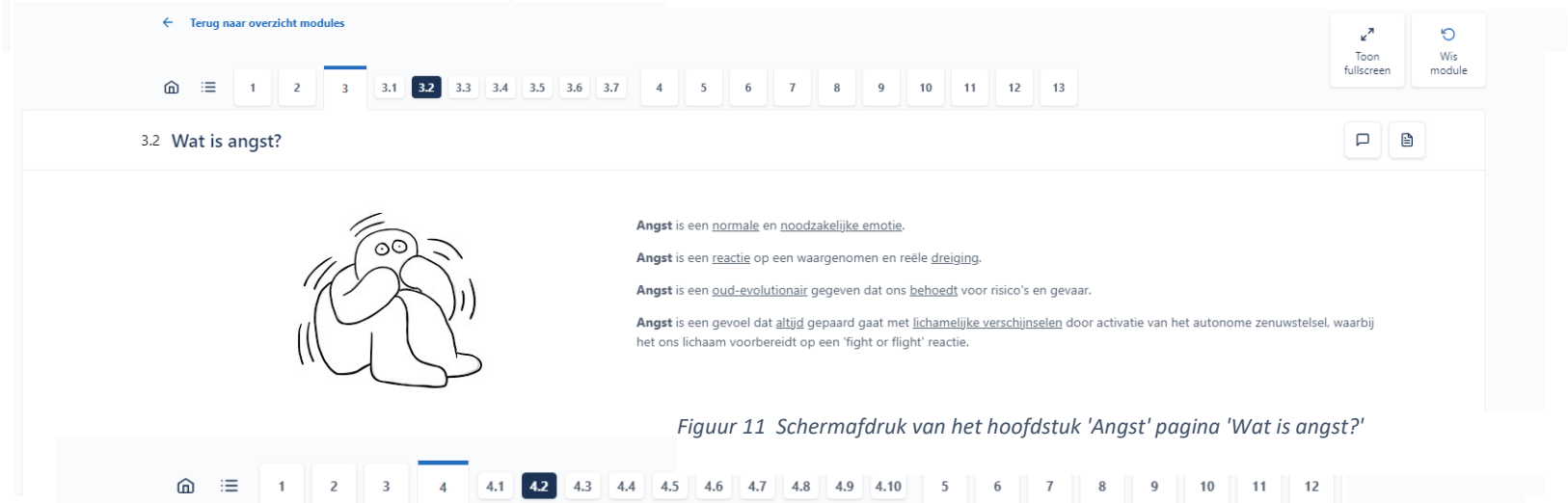
- Wat vond u van de lengte van de e-learning?
    - Zeer lang
    - Eerder lang
    - Precies goed
    - Eerder kort
    - Zeer kort

- Heeft u iets bijgeleerd? Zo ja, wat? *(open vraag)*
- Zijn er dingen die volgens u de e-learning zouden kunnen verbeteren? Zo ja, wat? *(open vraag)*
- Zijn er dingen waarvan u gehoopt had dat ze in de e-learning aan bod zouden komen, maar die niet besproken werden? Zo ja, wat? *(open vraag)*

7.4 Bijlage 4: Enkele voorbeelden uit de e-learning



Figuur 10 Voorpagina van de e-learning met opsomming van de leerdoelen



Figuur 11 Schermafdruk van het hoofdstuk 'Angst' pagina 'Wat is angst?'



Figuur 12 Schermafdruk van een pagina in het hoofdstuk 'Diagnose'

5.1 Casus



Sara, een jonge vrouw van 26 jaar, komt bij jou op consultatie.

Twee dagen geleden werd Sara in allerijl naar spoed gebracht door haar partner omwille van acute dyspnoe en pijn op de borst. Na grondig onderzocht te zijn, werd ze gerustgesteld en mocht ze weer naar huis gaan. Het zou een 'paniekaanval' geweest zijn en er werd haar aangeraden dit verder te bespreken met haar huisarts.

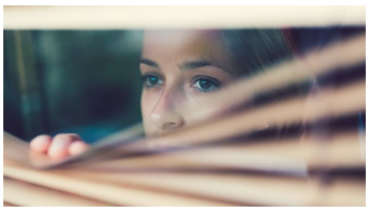
Bij verder navragen blijkt dat Sara al meer dan een half jaar last heeft van dergelijke aanvallen. Ze lijken uit het niets te komen, vullen haar met een extreme angst en bereiken hun toppunt in luttele minuten. Daarnaast gaan ze steeds gepaard met kortademigheid, palpitaties, zweten en soms ook pijn op de borst. De aanvallen zijn dermate akelig dat Sara vaak denkt dat ze gaat sterven wanneer ze er één heeft.

Sara is dan ook continu ongerust dat ze opnieuw een aanval zal krijgen. Daarom probeert ze nu onbekende plaatsen en situaties zoveel mogelijk te mijden. Dit vermijdingsgedrag begint een serieuze impact te hebben op haar leven. Ze spreekt niet meer af met vrienden en ook de laatste familiebijeenkomsten heeft ze niet meer bijgewoond. Ze verzint allerhande excuses om zoveel mogelijk thuis te kunnen blijven en is volledig afhankelijk van haar partner voor het doen van de boodschappen.



Figuur 15 Schermafdruk van een voorbeeldcasus van een gegeneraliseerde angststoornis

5.4 Agorafobie



Agorafobie (pleinvrees) is een buitensporige angst voor en vermijding van situaties en/of plaatsen waaruit men moeilijk denkt te kunnen ontkomen, of waarin men moeilijk gepaste hulp zou kunnen krijgen in geval van een (paniek)aanval.

→ Bv. open ruimtes (pleinen), openbaar vervoer, gesloten ruimtes (lift, cinema, winkel...), in een rij moeten aanschuiven, drukke straten...
→ Gekenmerkt door uitgesproken vermijdingsgedrag: desbetreffende situaties en plaatsen worden vermeden.
→ Indien vermijding niet mogelijk is, worden deze situaties ondergaan met extreme angst voor en/of met paniekaanvallen.
→ Heeft een grote impact op het dagdagelijks functioneren.
→ Kan gepaard gaan met een paniekstoornis, maar komt ook alleenstaand voor zonder dat een paniekstoornis aanwezig is.

Figuur 14 Schermafdruk van een pagina in hoofdstuk 5 met als titel 'Agorafobie'

10.4 Behandeling: Angststoornissen - Zelfhulp (stap 2)

Zelfhulp (stap 2)

Bij angststoornissen met relatief weinig subjectief lijden en geen tot weinig sociaal disfunctioneren kan naast voorlichting ook **zelfhulp** aangeraden worden. Dit kan volledig zelfstandig gebeuren of onder begeleiding van een psycholoog of de huisarts.

Met **zelfhulp** wordt bedoeld:

1. Het lezen van **boeken** over angststoornissen en hoe deze aan te pakken.

- Bv. raadpleeg de leeswijzer op tegek.be voor enkele suggesties







- Bv. websites die evidence based adviezen op patiëntenniveau aanbieden: thuisarts.nl, nedkad.nl

2. Het doorlopen van **online cursussen** die gericht zijn op het aanleren van technieken om angsten onder controle te krijgen.

Figuur 13 Schermafdruk van de pagina over Zelfhulp in het hoofdstuk 'Behandeling'

7.5 Bijlage 5: Voor- en natoets

VOORTOETS:

Vraag 1: Angst is een noodzakelijke emotie.

- **Juist**
- Fout

Vraag 2: Angststoornissen verdwijnen vaak weer spontaan en hebben in de meeste gevallen geen behandeling nodig.

- Juist
- **Fout**

Vraag 3: Een sociale angststoornis uit zich meestal pas na de leeftijd van 30 jaar.

- Juist
- **Fout**

Vraag 4: Oudere patiënten (> 65 jaar) hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis.

- Juist
- **Fout**

Vraag 5

Lien, 20 jaar oud, presenteert zich op de raadpleging omwille van een episode van plotse palpitaties, zweten, kortademigheid, duizeligheid en een drukkend gevoel op de borst. De klachten kwamen plots op toen ze aan de bushalte stond te wachten op weg naar haar laatste examen enkele dagen geleden. Een vriendelijke mevrouw is toen even met haar op de rand van de stoep gaan zitten tot ze zich beter voelde. Lien vertelt dat ze zich al een tweetal weken zeer onrustig voelt. Ze kan amper slapen en piekert veel. Sinds het begin van de blokperiode heeft ze al enkele keren last van hartkloppingen gehad, maar die ochtend aan de bushalte was het de eerste keer dat dit ook gepaard ging met kortademigheid en een drukkend gevoel op de borst. Lien maakt zich nu erge zorgen dat ze 'iets aan haar hart' heeft en is bang dat ze opnieuw zo'n aanval zal krijgen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Paniekstoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Sociale angststoornis
- **Angstklachten**

Vraag 6

Lien, 20 jaar oud, presenteert zich op de raadpleging omwille van een episode van plotse palpitaties, zweten, kortademigheid, duizeligheid en een drukkend gevoel op de borst. De klachten kwamen plots op toen ze aan de bushalte stond te wachten op weg naar haar laatste examen enkele dagen geleden. Een vriendelijke mevrouw is toen even met haar op de rand van de stoep gaan zitten tot ze zich beter voelde. Lien vertelt dat ze zich al een tweetal weken zeer onrustig voelt. Ze kan amper slapen en piekert veel. Sinds het begin van de blokperiode heeft ze al enkele keren last van hartkloppingen gehad, maar die ochtend aan de bushalte was het de eerste keer dat dit ook gepaard ging met kortademigheid en een drukkend gevoel op de borst. Lien maakt zich nu erge zorgen dat ze 'iets aan haar hart' heeft en is bang dat ze opnieuw zo'n aanval zal krijgen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Wat is de meest aangewezen behandeling in deze casus?

- **Geruststelling en voorlichting**
- Zelfhulp
- Psychotherapie
- Een benzodiazepine

Vraag 7

Bram, 24 jaar, presenteert zich op raadpleging met terugkerende klachten van kortademigheid, palpitaties, tremor, duizeligheid, een druk op de borst en zweten. De klachten lijken uit het niets te komen en missen een duidelijke aanleiding. Hij maakt zich zorgen dat hij een hartprobleem heeft en hij plots zou kunnen doodvallen. Bij verder navragen heeft hij de afgelopen maanden reeds meermaals zulke 'aanvallen' gehad. Hij durft niet meer met de wagen te rijden uit angst dat hij onderweg een 'aanval' zou krijgen. Hierdoor is hij recent zijn job verloren. Voorlopig gaat de zoektocht naar een nieuwe job moeizaam omdat hij zich vaak te angstig voelt om het huis te verlaten. Ook afspreken met vrienden doet hij de laatste maanden helemaal niet meer uit angst een 'aanval' in hun bijzijn te krijgen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Angstklachten
- **Paniekstoornis**
- Hypochondrie
- Gegeneraliseerde angststoornis

Vraag 8

Bram, 24 jaar, presenteert zich op raadpleging met terugkerende klachten van kortademigheid, palpitaties, tremor, duizeligheid, een druk op de borst en zweten. De klachten lijken uit het niets te komen en missen een duidelijke aanleiding. Hij maakt zich zorgen dat hij een hartprobleem heeft en hij plots zou kunnen doodvallen. Bij verder navragen heeft hij de afgelopen maanden reeds meermaals zulke 'aanvallen' gehad. Hij durft niet meer met de

wagen te rijden uit angst dat hij onderweg een ‘aanval’ zou krijgen. Hierdoor is hij recent zijn job verloren. Voorlopig gaat de zoektocht naar een nieuwe job moeizaam omdat hij zich vaak te angstig voelt om het huis te verlaten. Ook afspreken met vrienden doet hij de laatste maanden helemaal niet meer uit angst een ‘aanval’ in hun bijzijn te krijgen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Wat is de meest aangewezen behandeling in deze casus?

- **Psychotherapie of een SSRI, afhankelijk van de voorkeur van de patiënt**
- Psychotherapie of een SSRI, afhankelijk van de ernst van de klachten
- Een benzodiazepine
- Een SSRI in combinatie met een benzodiazepine gedurende de eerste weken

Vraag 9

Ann, 35 jaar, presenteert zich op raadpleging met klachten van erge vermoeidheid en gespannenheid sinds enkele maanden. Ze slaapt zeer slecht met voornamelijk inslaapproblemen, maar wordt ook regelmatig wakker ’s nachts. Bij verder navragen ligt Ann voornamelijk wakker omdat ze piekert. Ze piekert over allerhande dingen, gaande van het werk en de financiën tot klusjes in het huishouden en verjaardagsfeestjes van de kinderen. Ze vindt het soms moeilijk om nog van dingen te genieten omdat alles steeds gepaard gaat met uitgesproken piekergedachten. Deze gedachten zijn tegenwoordig dagelijks aanwezig en ze kan deze niet goed onder controle krijgen. Eigenlijk heeft ze hier al jaren last van, maar de afgelopen maanden zijn de klachten duidelijk verergerd. Hierdoor kan ze zich moeilijker concentreren op haar werk waardoor ze recent ook enkele fouten heeft gemaakt

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Angstklachten
- Sociale angststoornis
- **Gegeneraliseerde angststoornis**
- Depressie

Vraag 10

Een 3-tal maanden na je eerste consult met Ann, 35 jaar, zie je haar terug voor een controle. Ann koos enkele maanden geleden samen met jou om een SSRI op te starten ikv haar angstklachten. Je hebt de dosis van het SSRI geleidelijk aan verhoogd en Ann zit nu aan de aangeraden dosis. Vandaag vertelt ze je dat ze nog steeds veel piekert en eigenlijk niet veel beterschap merkt mbt haar klachten. Ze piekert niet meer dagelijks, maar de piekergedachten zijn wel nog meer dagen wel dan niet aanwezig. Ook de concentratieproblemen op haar werk zijn niet verbeterd.

Wat is het meest aangewezen beleid in deze casus?

- Geruststelling en een afwachtend beleid
- Switch naar een ander SSRI
- Afbouwen van het SSRI en starten met psychotherapie
- **Starten met psychotherapie (in combinatie met het SSRI)**

Vraag 11

Marleen, 44 jaar, komt op consultatie omdat ze zich de laatste tijd erg rusteloos voelt. Ze maakt zich over allerhande dingen zorgen en lijkt hier geen controle over te hebben. Het is een stressvolle periode op het werk, maar ook thuis kan ze geen rust vinden. Ze heeft het gevoel dat ze vanalles vergeet en is bang dat het maar een kwestie van tijd is voor er iets heel ernstigs zal gebeuren met haar gezin. Zo wordt ze op weg naar haar steevast overvallen door de angst dat ze haar fornuis is vergeten afzetten of dat ze de voordeur niet op slot heeft gedaan. Deze angst is dan zo overheersend dat ze niet anders kan dan rechtsomkeer maken en weer naar huis gaan om zich ervan te vergewissen dat alles in orde is. Intussen heeft ze het poetsen en controleren van de knoppen van het fornuis in haar ochtenroutine opgenomen en filmt ze zichzelf met haar gsm wanneer ze buitengaat en de deur in het slot draait. De wetenschap dat ze het fornuis tot in de details gepoetst heeft en dat ze het filmpje op haar gsm heeft staan, brengen haar dan enigszins tot rust.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Paniekstoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- **Obsessief compulsieve stoornis**
- Angstklachten

NATOETS

Vraag 1: Het is niet aangewezen om regelmatige controles te voorzien bij patiënten met angstklachten.

- Juist
- **Fout**

Vraag 2: Angststoornissen komen op alle leeftijden vaker voor bij vrouwen dan bij mannen.

- **Juist**
- Fout

Vraag 3: Een gegeneraliseerde angststoornis ontstaat meestal op latere leeftijd (mediaan 40 jaar).

- **Juist**
- Fout

Vraag 4: Angstklachten die onvoldoende onder controle zijn met voorlichting en zelfhulp worden best behandeld met een SSRI (indien de patiënt hier een voorkeur voor heeft).

- Juist
- **Fout**

Vraag 5

Simon, 28 jaar oud, presenteert zich op raadpleging en vraagt een ziektebriefje voor vandaag. Hij moest vandaag uitzonderlijk een presentatie geven op zijn werk, maar heeft zich deze ochtend ziek gemeld. Hij voelt zich al een ganse week ziek van de stress en heeft amper geslapen. Deze ochtend kreeg hij een erge paniekaanval waardoor hij besloot thuis te blijven.

Simon heeft het altijd vreselijk gevonden om voor groepen te spreken. Hij kan zijn angsten herleiden tot een rampzalige spreekbeurt die hij gaf in de middelbare school waarbij hij plots begon te blozen, te beven en zo erg begon te stotteren dat hij nog amper uit zijn woorden kwam.

Simon heeft weinig vrienden en is al vele jaren single. De laatste maanden zijn de klachten verergerd en is zijn alcoholgebruik sterk toegenomen. Hij merkt dat hij het gemakkelijker vindt om uit te gaan en met mensen te praten wanneer hij iets gedronken heeft.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Angstklachten
- Paniekstoornis
- **Sociale angststoornis**
- Gegeneraliseerde angststoornis

Vraag 6

Daphne, 12 jaar oud, komt met haar mama op consultatie. Haar mama maakt zich zorgen.

Daphne slaapt de laatste maanden zeer slecht. Ze is vaak moe en haar punten op school beginnen hieronder te lijden. Een klein jaar geleden geleden belandde haar grootmoeder onverwacht in het ziekenhuis na een auto-ongeluk en het lijkt alsof de problemen toen zijn begonnen. Hoewel haar grootmoeder goed hersteld is en opnieuw thuis is, blijft Daphne zich continu zorgen maken over de gezondheid van haar ouders en grootouders. Daarnaast lijkt ze een uitgesproken 'scheidingsangst' ontwikkeld te hebben. Wanneer haar grootouders zijn langsgeweest en opnieuw naar huis vertrekken, is ze vaak ontroostbaar. Het duurt dan heel erg lang om Daphne te kalmeren. Hetzelfde gebeurt telkens haar vader voor enkele dagen op zakenreis vertrekt. Daphne zelf zegt dat ze bang is dat haar ouders en grootouders zullen sterven en dat ze alleen zal achterblijven. De laatste maanden gaat Daphne niet meer naar de jeugdbeweging en is ze gestopt met haar danslessen. Ze is hier te moe voor en krijgt paniekaanvallen wanneer ze haar ouders moet verlaten.

Wat is het meest aangewezen beleid in deze casus?

- Geruststelling en voorlichting

- Psychotherapie
- Opstarten lage dosis SSRI
- **Doorverwijzing kinder- en jeugdpsychiater**

Vraag 7

Louise, 23 jaar oud, presenteert zich op de raadpleging omwille van terugkerende paniekaanvallen. Ze had een eerste paniekaanval enkele maanden geleden nadat haar vriend een punt achter hun relatie had gezet. Dit was zo'n akelige ervaring dat ze bang is om dit opnieuw mee te maken. De afgelopen weken heeft ze ongeveer een 3-tal gelijkaardige aanvallen gehad. Er lijkt geen duidelijke aanleiding te zijn voor deze aanvallen. Ze komen uit het niets op en bereiken een toppunt in enkele minuten. De aanvallen gaan gepaard met kortademigheid, hartkloppingen en een benauwd gevoel op de borst. Hoewel ze zich erge zorgen maakt om een nieuwe aanval te krijgen, laat Louise zich hier niet door tegenhouden. Zo spreekt ze nog regelmatig af met haar vriendinnen om samen uit te gaan. Louise is vooral bang dat iets mis is met haar en maakt zich zorgen over een hartaandoening.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Wat is de meest aangewezen behandeling in deze casus?

- **Geruststelling en voorlichting**
- Zelfhulp
- Psychotherapie
- Een benzodiazepine

Vraag 8

Frauke, 25 jaar, presenteert zich bij jou op raadpleging omdat ze nood heeft aan een gesprek. De laatste tijd is ze erg gespannen en slaapt ze minder goed. Haar mama kreeg 2 weken geleden de diagnose van borstkanker en Frauke heeft het hier erg moeilijk mee. Ze maakt zich enorme zorgen over de gezondheid van haar mama en is bang haar te verliezen. Daarnaast piekert ze ook veel en maakt ze zich zorgen dat ze misschien zelf ook borstkanker zou kunnen krijgen. Deze gedachten houden haar 's nachts soms wakker. Ze voelt zich angstig wanneer ze hier te lang over nadenkt en krijgt dan soms wat last van een benauwd gevoel en hartkloppingen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- **Angstklachten**
- Paniekstoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Hypochondrie

Vraag 9

Frauke, 25 jaar, presenteert zich bij jou op raadpleging omdat ze nood heeft aan een gesprek. De laatste tijd is ze erg gespannen en slaapt ze minder goed. Haar mama kreeg 2 weken geleden de diagnose van borstkanker en

Frauke heeft het hier erg moeilijk mee. Ze maakt zich enorme zorgen over de gezondheid van haar mama en is bang haar te verliezen. Daarnaast piekert ze ook veel en maakt ze zich zorgen dat ze misschien zelf ook borstkanker zou kunnen krijgen. Deze gedachten houden haar 's nachts soms wakker. Ze voelt zich angstig wanneer ze hier te lang over nadenkt en krijgt dan soms wat last van een benauwd gevoel en hartkloppingen.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Wat is het meest aangewezen beleid in deze casus?

- Geruststelling en voorlichting zonder controle afspraak (de klachten verdwijnen spontaan)
- **Geruststelling en voorlichting met een controle afspraak over 1 à 2 weken**
- Psychotherapie
- Een mammografie ter geruststelling

Vraag 10

Mark, 50 jaar oud, presenteert zich bij jou op raadpleging naar aanleiding van slaapproblemen. Hij omschrijft voornamelijk inslaapproblemen, waarbij het vaak meer dan een uur duurt voor hij in slaap valt. Overdag voelt hij zich uitgeput waardoor hij zich moeilijk kan concentreren op zijn werk en hij soms prikkelbaar is. Wanneer je deze inslaapproblemen verder bevraagt, vertelt hij dat hij extreem veel piekert en hierdoor de slaap niet kan vatten. De piekergedachten zijn eigenlijk continu aanwezig (ook overdag), en hij lijkt hier geen controle over te hebben. En hoewel hij rationeel weet dat er niets is waar hij zich zorgen over moet maken, piekert hij toch over alles: de financiën, zijn relatie, zijn job, of zijn kinderen wel gelukkig zijn, maar ook over een nakend familiefeest waar hij de wijn moet voorzien en of de kat die avond wel terug thuis zal komen. Mark lijkt ook al jaren last te hebben van deze piekergedachten. Hij gaat sinds enkele maanden tweewekelijks naar een psychologe omdat hij zich niet goed in zijn vel voelt. Samen met de psychologe probeert hij met gerichte therapie aan deze piekergedachten te werken, tot nu toe zonder succes.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Welke diagnose is hier het meest waarschijnlijk?

- Obsessief compulsieve stoornis
- Angstklachten
- **Gegeneraliseerde angststoornis**
- Depressie

Vraag 11

Mark, 50 jaar oud, presenteert zich bij jou op raadpleging naar aanleiding van slaapproblemen. Hij omschrijft voornamelijk inslaapproblemen, waarbij het vaak meer dan een uur duurt voor hij in slaap valt. Overdag voelt hij zich uitgeput waardoor hij zich moeilijk kan concentreren op zijn werk en hij soms prikkelbaar is. Wanneer je deze inslaapproblemen verder bevraagt, vertelt hij dat hij extreem veel piekert en hierdoor de slaap niet kan vatten. De piekergedachten zijn eigenlijk continu aanwezig (ook overdag), en hij lijkt hier geen controle over te hebben. En

hoewel hij rationeel weet dat er niets is waar hij zich zorgen over moet maken, piekert hij toch over alles: de financiën, zijn relatie, zijn job, of zijn kinderen wel gelukkig zijn, maar ook over een nakend familiefeest waar hij de wijn moet voorzien en of de kat die avond wel terug thuis zal komen. Mark lijkt ook al jaren last te hebben van deze piekergedachten. Hij gaat sinds enkele maanden tweewekelijks naar een psychologe omdat hij zich niet goed in zijn vel voelt. Samen met de psychologe probeert hij met gerichte therapie aan deze piekergedachten te werken, tot nu toe zonder succes.

Je doet een uitgebreid klinisch onderzoek, hetwelk volledig normaal is.

Wat is de meest aangewezen behandeling in deze casus?

- Zelfhulp
- De frequentie van de psychotherapie verhogen
- **Een SSRI (selectieve serotonine-heropnameremmer) starten**
- Trazodone

7.6 Bijlage 6: Bericht tot rekrutering

Bericht dat geplaatst werd in de facebookgroepen van de verschillende promotiejaren huisartsgeneeskunde aan de KU Leuven:

Dag allemaal,

Als masterproef heb ik een **e-learning** op Sofia ontwikkeld over **het herkennen en behandelen van angststoornissen in de huisartsenpraktijk***. Om de inhoud van deze e-learning te kunnen beoordelen, ben ik nog op zoek naar enkele respondenten (uiterste deadline 31/07).

De e-learning bespreekt enkele handige diagnostische handvaten, het volledige gamma aan behandelopties en ook hoe je het onderscheid maakt tussen angststoornissen onderling en enkele andere psychiatrische aandoeningen.

Om de inhoud van deze e-learning te beoordelen wordt er gevraagd om een **voor- en natoets** in te vullen. Het invullen van deze toetsen duurt **+/- 15 min**.

De e-learning kan op gelijk welk moment onderbroken worden en op een later tijdstip hernomen worden.

Je kan de e-learning terugvinden op Sofia onder 'HAIO testmodules' of via het klikken op onderstaande link:
https://icho.sofialearn.com/module/8xe7l7

Alvast hartelijk bedankt voor jullie tijd!

- Leen Capiau

*Goedkeuring werd verkregen bij de Ethische Commissie Onderzoek (EC onderzoek) KU Leuven onder het nummer MP023695.

7.7 Bijlage 7: Zekerheidsanalyse van de voor- en natoets obv 5-punts Likertschaal

Tabel 4: Weergave van de zekerheid van de deelnemers per vraag bij het invullen van de voortoets obv een 5-punts Likertschaal

	Heel zeker (= 5)	Eerder zeker (=4)	Neutraal (= 3)	Eerder onzeker (= 2)	Heel onzeker (= 1)	Totaal
Vraag 1	77,0%	15,0%	8,0%			4,69
Vraag 2	29,0%	43,0%	14,0%	14,0%		3,87
Vraag 3	43,0%	36,0%	21,0%			4,22
Vraag 4	7,0%	29,0%	7,0%	50,0%	7,0%	2,79
Vraag 5	23,0%	23,0%	15,0%	31,0%	8,0%	3,22
Vraag 6	25,0%	67,0%	8,0%			4,17
Vraag 7	23,0%	23,0%	8,0%	31,0%	15,0%	3,08
Vraag 8	15,0%	38,0%	15,0%	23,0%	8,0%	3,26
Vraag 9	15,0%	46,0%	23,0%	8,0%	8,0%	3,52
Vraag 10	62,0%	31,0%	8,0%			4,58
Vraag 11	57,0%	36,0%	7,0%			4,50

Tabel 5: Weergave van de zekerheid van de deelnemers per vraag bij het invullen van de natoets obv een 5-punts Likertschaal

	Heel zeker (= 5)	Eerder zeker (=4)	Neutraal (= 3)	Eerder onzeker (= 2)	Heel onzeker (= 1)	Totaal
Vraag 1	60,0%	40,0%				4,60
Vraag 2	78,0%	22,0%				4,78
Vraag 3	70,0%	20,0%		10,0%		4,50
Vraag 4	20,0%	70,0%	10,0%			4,10
Vraag 5	70,0%	30,0%				4,70
Vraag 6	50,0%	30,0%	10,0%	10,0%		4,20
Vraag 7	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%		3,90
Vraag 8	60,0%	40,0%				4,60
Vraag 9	70,0%	30,0%				4,70
Vraag 10	90,0%	10,0%				4,90
Vraag 11	67,0%	25,0%		8,0%		4,51