De eerste aanpak van angstklachten in de huisartsenpraktijk: een praktijkverbeterend project

Sigrid Sanders, KU Leuven

Peter Ceuppens, KU Leuven

Promotoren: Prof. Dr. Van Nuland Marc, KU Leuven (2022-2024), Dr. Coteur Kristien, KU Leuven (2024-2025)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022-2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

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

ABSTRACT

Inleiding

Angstklachten behoren tot de meest voorkomende psychische problemen in de huisartsenpraktijk, maar blijven vaak ondergediagnosticeerd en onvoldoende behandeld. Huisartsen ervaren verschillende barrières bij de eerste aanpak van angstklachten, zoals onzekerheid over de diagnose en tijdsgebrek. Daarnaast is de implementatie van bestaande richtlijnen niet altijd vanzelfsprekend. Dit praktijkverbeterend project heeft als doel de implementatie van de NHG-richtlijn 'Angst' te optimaliseren door middel van een gestandaardiseerde coderingsstrategie en een op maat gemaakte leidraad.

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in twee huisartsenpraktijken onder de vorm van een implementatieonderzoek met twee PDSA-cycli (Plan-Do-Study-Act). In de eerste cyclus werd een gestructureerde methode ontwikkeld om angstklachten correct te registreren in het medisch dossier. Huisartsen werd gevraagd gedurende drie maanden actief angstklachten te coderen volgens vastgelegde criteria. In de tweede cyclus werd de NHG-richtlijn 'Angst' geïntroduceerd en werd een praktijkspecifieke leidraad ontwikkeld, aangepast aan de noden van de deelnemende huisartsen. De evaluatie gebeurde aan de hand van audits, kwalitatieve interviews en groepsbesprekingen.

Resultaten

De initiële audit toonde een beperkte registratie van angstklachten, ondanks de hoge prevalentie ervan. Na implementatie van de coderingsstrategie nam het aantal geregistreerde angstklachten licht toe, maar de deelnemende huisartsen ervaarden nog steeds drempels, zoals onzekerheid bij diagnostiek. De praktijkspecifieke leidraad werd als een nuttige aanvulling ervaren, vooral door de integratie van concrete hulpmiddelen zoals het SCEGS-model en de 4DKL-vragenlijst voor diagnostiek, evenals een overzicht van beschikbare SSRI's en verwijsmogelijkheden. Daarnaast gaf het project inzicht in terugkerende knelpunten, zoals de diagnostische onzekerheid van de arts alsook de ontkenning van de patiënt van zijn psychische kwetsbaarheid of de weigering van een diagnostisch label.

Conclusie

Dit praktijkverbeterend project toont aan dat een gestructureerde aanpak en een op maat gemaakte leidraad de bewustwording en herkenning van angstklachten in de huisartsenpraktijk kunnen verbeteren. De implementatie van de NHG-richtlijn wordt vergemakkelijkt door een praktische, op de praktijknoden afgestemde leidraad. Desondanks blijven uitdagingen bestaan, zoals moeilijke diagnostiek en patiëntgebonden barrières. Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen in hoeverre deze aanpassingen op lange termijn bijdragen aan betere zorg en of andere behandelingen, zoals online zelfhulptools of mindfulness, ook effectief geïmplementeerd kunnen worden.

INHOUDSTAFEL

Abstract 3
Inhoudstafel 4
Inleiding 6
Methoden 7
Doelstelling 7
Onderzoeksmethode 7
Cyclus 1 7
Cyclus 2 8
Inclusie- en exclusiecriteria 9
Ethische commissie 9
Resultaten 10
Cyclus 1 10
Start van de cyclus 10
Evaluatie na 3 maanden 11
Aanpassing auditstrategie 12
Gesprekken met de deelnemers 14
Cyclus 2 19
Toelichting NHG-richtlijn 19
Toelichting leidraad angst 20
Aanpassingen aan de leidraad doorheen cyclus 2 20
Evaluatie na 3 maanden – gesprekken met de deelnemers 23
Discussie 27
Samenvatting 27
Vergelijking met literatuur 27
Sterktes en limitaties 29
Toekomst 29
Conclusie 31
Referenties 32
Tabellen en figuren 35
Bijlage 1: auditstrategie cyclus 1 36
Bijlage 2: leidraad ‘Groepspraktijk Tremelo’ 38
Bijlage 3: leidraad ‘Het Dessels Doktershuis’ 40
Bijlage 4: persoonlijke reflectie individuele HAIO’s 41

Peter Ceuppens 41
Sigrid Sanders 43
Bijlage 5: studieprotocol 45
Bijlage 6: goedkeuring ethische commissie 54

INLEIDING

Angst is een fundamentele, menselijke emotie die essentieel is om te overleven. Het is een reactie op potentiële bedreigingen in de omgeving, waarop we instinctief reageren door te vluchten, te vechten of te bevriezen. Onze stresshormonen schieten de hoogte in ter voorbereiding op het gevaar. (1)Hoewel dit overlevingsmechanisme een normale en nuttige reactie kan zijn, kan deze reactie ook buitensporig of irrationeel worden. Er ontstaan dan veelal onjuiste cognities en disfunctioneel copinggedrag. We spreken dan van pathologische angst. (2)

De hoge prevalentie van angstklachten- en stoornissen is reeds langer gekend.(3) De BELHEALTH cohortstudie, voor de derde maal uitgevoerd in juni 2023 bij 7.315 Belgen, toont dat maar liefst 18% van de deelnemers in de twee weken voor het invullen van de vragenlijst worstelden met angstklachten. Het maakt het wereldwijd tot de groep psychische stoornissen met de hoogste incidentie.(4) Angstklachten kennen geen grenzen en kunnen iedereen treffen, ongeacht leeftijd, gender, etnische achtergrond of sociale klasse. (5)

Ondanks hun prevalentie blijven angststoornissen vaak niet gediagnosticeerd en onbehandeld. Meerdere barrières werden geïdentificeerd; stigma, moeilijke toegang tot mentale gezondheidszorg alsook beperkt bewustzijn van efficiënte behandelstrategieën in zowel artsen- als patiëntenpopulaties. (6)Dit terwijl effectieve behandelmethoden bestaan, denken we maar aan cognitieve gedragstherapie en psychofarmaca. (7)

Als huisarts (in opleiding) staan we dicht bij onze patiënten en handelen we vanuit een unieke positie. Het benoemen van en spreken over psychische problemen is niet altijd makkelijk, maar als vertrouwde zorgverlener kunnen we vaak een cruciale en centrale rol spelen in de eerste aanpak van angstklachten. We zijn een eerste en laagdrempelig aanspreekpunt en klaren de klachten uit. We ondersteunen, begeleiden en behandelen deze patiënten en verwijzen zo nodig door naar meer gespecialiseerde hulp. (8)

Als HAIO merken we echter geregeld dat wijzelf alsook onze collega's, ondanks onze oprechte wens deze patiëntenpopulatie verder te kunnen helpen, vaak handvaten missen in de eerste aanpak van deze angstklachten. Verwijzen naar meer specialistische hulpverlening zoals psychotherapeuten en psychiaters is mogelijk, maar om verschillende redenen, denk maar aan financiële drempels of wachttijden, niet altijd voldoende of gepast. Er bestaan verschillende richtlijnen voor de eerstelijnsarts, doch de implementatie daarvan is niet steeds vanzelfsprekend. (9)

In deze masterproef focussen we ons op de NHG-richtlijn (Nederlands Huisartsen Genootschap) "Angst".(10) Deze biedt een waardevol kader om goede zorg te verlenen bij patiënten met angstklachten. We trachten eerst te komen tot een gedragen coderingsmethode om angstklachten te registreren in het medische dossier. Daarna implementeren we de NHG richtlijn in onze opleidingspraktijken en maken we een aangepaste leidraad specifiek voor deze praktijken, naargelang de noden en behoeften van de artsen die er werkzaam zijn.

METHODEN

DOELSTELLING

We trachten in eerste instantie te komen tot een betere codering van angstklachten in het medisch dossier. *Welke methode kunnen we aanwenden in het coderen van angstklachten en angststoornissen in het medisch dossier?*

Daarnaast gaan we na welke technieken de huisarts kan gebruiken bij de aanpak van angstklachten en op welke barrières hij stuit bij het toepassen ervan. *Welke rol kan een praktijkspecifieke leidraad spelen in de eerste aanpak van angstklachten in de huisartsenpraktijk?*

ONDERZOEKSMETHODE

We voeren implementatieonderzoek van het subtype 'praktijkverbeterproject' uit.

We implementeren de meest recente richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (gepubliceerd 04/2019, laatste aanpassing 05/2019, heden in herziening) (10) in de aanpak van angstklachten en brengen de eerste ervaringen hiermee in kaart.

We benadrukken dat het hier niet gaat om een specifieke interventiestudie met hypothesetoetsing; we onderzoeken dus niet het effect van bepaalde interventies op specifieke patiënten maar trachten de praktijkwerking te verbeteren op basis van de NHG-richtlijn.

Meer concreet doorlopen we twee PDSA-cycli (Plan-Do-Study-Act).

CYCLUS 1

We starten met een gesprek om tot een consensus te komen betreffende de codering van angstklachten in het medisch dossier. We vragen de deelnemende artsen gedurende drie maanden voor alle patiënten met angstklachten die zich aandienen op de raadpleging, de klachten en eventuele stoornis correct te coderen. Na drie maanden gaan we na hoe de codering is verlopen en trachten we in gesprek te gaan over moeilijkheden die men ervaart bij het begeleiden van patiënten met een angstproblematiek.

- **Plan**
    - Bespreken in de opleidingspraktijk hoe angstklachten in het medisch dossier gecodeerd worden en samen komen tot een gedragen coderingsmethode.

- Vastleggen van een evaluatiemoment na drie maanden.

- **Do**
  - Uitvoeren van een audit bij de start van het onderzoek en na drie maanden, om na te gaan of er meer angstklachten geregistreerd worden.
  - Coderen van angstklachten en -stoornissen in het medisch dossier gedurende drie maanden.

- **Study**
  - Nagaan wat artsen in de opleidingspraktijk moeilijk vinden in deze eerste aanpak.
  - Nagaan hoe de codering verlopen is.

- **Act**
  - Definitieve praktijkintegratie van gedegen codering.

Op basis van de ervaringen en feedback die we krijgen van de deelnemende artsen stellen we een leidraad op, ongeveer één pagina lang. Deze is gebaseerd op de aanbevelingen van de NHG-richtlijn en specifiek aangepast aan de noden van de moderne huisarts. Deze leidraad wordt ter beschikking gesteld via een praktijkoverkoepelende shared folder.

CYCLUS 2

In de tweede cyclus lichten we de NHG-standaard “angst” en de opgestelde leidraad toe, waarna we de artsen vragen deze leidraad gedurende drie maanden toe te passen, zo zinvol geacht. Na deze drie maanden evalueren we hoe het gebruik van de leidraad verlopen is, of er moeilijkheden opgedoken zijn, of men de indruk heeft dat hun beleidskeuzes veranderd zijn en wat nuttige wijzigingen aan de leidraad kunnen zijn. We passen de leidraad aan op basis van deze opmerkingen en stimuleren tot een definitieve praktijkintegratie.

- **Plan**
  - Deelnemende artsen informeren over de kernboodschappen van de NHG-richtlijn ‘Angst’ en toelichten van de door ons opgestelde leidraad.

- **Do**
  - Usual practice met toepassing van de leidraad zo zinvol geacht door de deelnemende artsen.

- **Study**

- Evalueren hoe de toepassing verlopen is, nagaan of het beleid van de artsen veranderd is (kwalitatief), voor- en nadelen van het gebruik van een leidraad nagaan, opmerkingen betreffende aanpassingen van de leidraad bespreken.

- **Act**
  - Aanpassen van de leidraad op basis van feedback van de deelnemende praktijken. De definitieve leidraad kan verschillen tussen de 2 deelnemende praktijken, afhankelijk van de visie van de praktijk.
  - Definitieve praktijkintegratie

INCLUSIE- EN EXCLUSIECRITERIA

Het onderzoek wordt uitgevoerd in de groepspraktijken waar wij als HAIO werkzaam zijn. We includeren geen individuele patiënten, wel de artsen die door de patiënten geconsulteerd worden.

In 'Het Dessels Doktershuis' gaat het om 6 vaste artsen en HAIO-onderzoeker Sigrid Sanders. In 'Groepspraktijk Tremelo' werken 5 vaste artsen mee, HAIO-onderzoeker Peter Ceuppens en in elk van de twee cycli telkens ook een andere HAIO.

ETHISCHE COMMISSIE

Het studieprotocol, zoals te vinden in bijlage 5, werd ingestuurd op 30 november 2023 en werd goedgekeurd door de ethische commissie op 3 december 2023. De goedkeuring is te vinden in bijlage 6.

Omwille van wijzigingen aan de stageplanning van HAIO Sigrid Sanders, gaat haar deel van het project niet door in artsenpraktijk 'De Drempel', zoals vastgelegd in het protocol, maar wel in 'Het Dessels Doktershuis'. Omdat hierdoor een beperktere periode beschikbaar is om gegevens te verzamelen, werd ervoor gekozen om de 2 PDSA-cycli deels te laten overlappen: cyclus 1 loopt van 28 oktober 2024 tot en met 28 januari 2025, cyclus 2 loopt van 22 november 2024 tot en met 29 februari 2025. Er werd nagegaan door onderzoeker Sigrid Sanders of dergelijke wijziging ook een nieuw advies van de ethische commissie noodzakelijk maakt; dit blijkt niet het geval gezien er geen wijziging aan de opzet van het onderzoek noch aan de inhoud van de PDSA-cycli mee gepaard gaat.

RESULTATEN

CYCLUS 1

START VAN DE CYCLUS

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

Voor de ontwikkeling en praktische uitvoering van de auditstrategie verwijzen we naar bijlage 1. Deze audit toonde bij aanvang van cyclus 1, op 09 juli 2024, een totaal van 74 gecodeerde zorgelementen met betrekking tot angstklachten of -stoornissen, op een totaal van 5209 actieve patiënten en 4333 globaal medische dossiers. Er waren geen patiënten met een code F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”).

Na teamoverleg, op 12 juli 2024, werd besloten de zich op de raadpleging presenterende patiënten met angstklachten de komende drie maanden te coderen met een ICPC2-code uit categorieën P01 (“angstig/nerveus/gespannen gevoel”), P74 (“angststoornis/angsttoestand”), P79 (“fobie/dwangstoornis”) of P82 (“posttraumatische stressstoornis”). Er werd overeengekomen de Thesaurustermen met ICD10-codes F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”) gezien de minder geschikte codering onder ICPC2 (met name onder P06 (“slaapstoornis”)), enkel te gebruiken bij het inadequaat blijken van een codering uit een van de vier bovenstaande ICPC2-coderingsgroepen.

De 5 vaste huisartsen engageerden zich voor dit praktijk verbeterend project. Daarnaast nam ook de tweede HAIO in de praktijk deel aan deze cyclus.

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

In praktijk ‘Het Dessels Doktershuis’ nemen alle zes vaste artsen deel aan dit praktijkverbeterend project.

Op 28 oktober 2024 werd een eerste audit uitgevoerd. Op dat moment had ‘Het Dessels Doktershuis’ 4596 globaal medische dossiers onder zijn hoede staan, waarvan 4468 als ‘actieve’ GMD’s werden beschouwd. We verwijzen opnieuw naar de auditstrategie in bijlage 1 voor de specifieke methode die we aanwendden om het onderscheid tussen actieve en inactieve dossiers te maken.

Bij de aanvang van cyclus 1, op 28 oktober 2024, waren er 30 geregistreerde zorgelementen met betrekking tot angstklachten of -stoornissen. Er waren, net als in ‘Groepspraktijk Tremelo’, geen patiënten met code F51.4 (“nachtelijke angst”) of F51.5 (“nachtelijke angstdroom”).

Ook in ‘Het Dessels Doktershuis’ werd besloten aandacht te besteden aan het coderen van angstklachten tijdens de volgende drie maanden onder de categorieën P01 (“angstig/nerveus/gespannen gevoel”), P74 (“angststoornis/angsttoestand”), P79 (“fobie/dwangstoornis”) of P82 (“posttraumatische stressstoornis”).

EVALUATIE NA 3 MAANDEN

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

De registratieperiode nam drie maanden in beslag. Bij de tweede audit op datum 12 september 2024, op dezelfde manier uitgevoerd als drie maanden eerder, kwam een totaal van 87 gecodeerde zorgelementen betreffende angstklachten en -stoornissen naar boven. Net als bij de initiële audit waren er geen patiëntendossiers met een code F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”). Gedurende deze periode daalde het aantal actieve patiënten naar 4874 omwille van een project van de administratie om inactieve patiënten te archiveren. Het aantal GMD’s steeg naar 4391. Relatieve waarden in onderstaande tabellen worden steeds uitgedrukt ten opzichte van de actieve patiëntenpopulatie, niet ten opzichte van de patiëntenpopulatie met een actief GMD.

Tabel 1: Resultaten audit cyclus 1 – Groepspraktijk Tremelo

Zorgelement	Absoluut aantal patiënten voor cyclus 1	Relatief aantal patiënten voor cyclus 1	Absoluut aantal patiënten na cyclus 1	Relatief aantal patiënten na cyclus 1
P01 “angstig/nerveus/gespannen gevoel”	16	0,31%	18	0,37%
P74 “angststoornis/angsttoestand”	45	0,85%	56	1,15%
P79 “fobie/dwangstoornis”	2	0,04%	2	0,04%
P82 “posttraumatische stressstoornis”	11	0,21%	11	0,23%

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

‘Het Dessels Doktershuis’ is een groeiende praktijk en op 28 januari 2025, exact drie maanden na de eerste audit, waren er 4566 actieve GMD’s. Het totaal aantal gecodeerde zorgelementen betreffende angstklachten en -stoornissen bedroeg 36. Er waren opnieuw geen registraties onder code F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”).

Tabel 2: Resultaten audit cyclus 1 – Het Dessels Doktershuis

Zorgelement	Absoluut aantal patiënten voor cyclus 1	Relatief aantal patiënten voor cyclus 1	Absoluut aantal patiënten na cyclus 1	Relatief aantal patiënten na cyclus 1
P01 "angstig/nerveus/gespannen gevoel"	1	0.02%	3	0.06%
P74 "angststoornis/angsttoestand"	17	0.38%	20	0.44%
P79 "fobie/dwangstoornis"	2	0.04%	2	0.04%
P82 "posttraumatische stressstoornis"	10	0.22%	11	0.24%

AANPASSING AUDITSTRATEGIE

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

Er werden geen aanpassingen aan de auditstrategie doorgevoerd.

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

Gezien het beperkte aantal registraties onder de vorm van zorgelementen, werd in 'Het Dessels Doktershuis' een aanpassing aan de zoekstrategie doorgevoerd. Om een beter beeld te krijgen van het aantal patiënten met angstklachten of een angststoornis, werd ook gezocht op 'reden' van contact en 'evaluatie' van contact en dit met losse zoektermen. Deze zoektermen werden geselecteerd op basis van hun nauwe verwantschap met de onderzochte zorgelementen. Daarnaast werd ook gekeken naar automatische voorstellen die gegeven worden vanuit CareConnect. Als voorbeeld nemen we bijvoorbeeld de losse zoekterm 'obsessief-compulsieve' die alle automatische voorstellen uit CareConnect samenbrengt zoals 'obsessief-compulsieve gedachten' en 'obsessief-compulsieve stoornis'. Deze losse zoektermen dekken niet alle registraties rond angst, maar illustreren wel dat er meer patiënten zijn met een angstproblematiek dan men zou vermoeden op basis van geregistreerde zorgelementen alleen.

Tabel 3: Resultaten audit cyclus 1, 'Reden van contact' – Het Dessels Doktershuis

Reden van contact	Absoluut aantal patiënten voor cyclus 1	Relatief aantal patiënten voor cyclus 1	Absoluut aantal patiënten na cyclus 1	Relatief aantal patiënten na cyclus 1
'Angst'	238	5,33%	248	5.43%
'Angstig gevoel'	22	0,49%	26	0.57%
'Angststoornis'	25	0,56%	26	0.57%
'Fobie'	39	0,87%	39	0.85%
'Obsessief-compulsieve'	0	0%	0	0%
'Dwangstoornis'	0	0%	0	0%

Tabel 4: Resultaten audit cyclus 1, 'Evaluatie van contact' – Het Dessels Doktershuis

Evaluatie van contact	Absoluut aantal patiënten voor cyclus 1	Relatief aantal patiënten voor cyclus 1	Absoluut aantal patiënten na cyclus 1	Relatief aantal patiënten na cyclus 1
'Angst'	238	5,33%	249	5.45%
'Angstig gevoel'	9	0,20%	10	0.21%
'Angststoornis'	64	1,43%	70	1.53%
'Fobie'	31	0,69%	32	0.70%
'Obsessief-compulsieve'	0	0%	0	0%
'Dwangstoornis'	0	0%	0	0%

GESPREKKEN MET DE DEELNEMERS

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

Er werden individuele gesprekken met de verschillende deelnemers gevoerd; hun feedback werd geparafraseerd in *italic*. Bij de vraag tot coderen kwamen, samengevat, volgende moeilijkheden aan het licht;

- **Ernst**: Wanneer wordt een angstklacht dermate belangrijk dat die een codering als zorgelement verantwoordt?

  Wat met voorbijgaande angstklachten? Als een angstige periode omwille van omstandigheden geen verhoogd risico geeft op psychische stoornissen nadien, valt het nut van coderen in vraag te stellen.

- **Specialistische diagnostiek***:* Wanneer is men als huisarts voldoende zeker om een specifieke angstdiagnose te stellen?

  Eerdere ervaringen met patiënten, die in conflict traden gezien deze diagnose "nooit bevestigd was door een psychiater", speelt hier voor één collega een rol in.

- **Normaal versus pathologisch***:* Waar ligt de grens tussen normale angstklachten en pathologische angst?

- **Extra handelingen***:* Aanmaken van een zorgelement in CareConnect vraagt een extra stap, die niet tot de gebruikelijke computertechnische afwerking van het consult behoort.

  Na het maken van de consultatienota vraagt coderen in de zorgelementen een extra handeling; men dient aan te klikken van de conclusie van het consult (de facto een angstklacht of -stoornis) ook wel degelijk een zorgelement te maken. Dit wordt al eens vergeten, ook al zou men wel degelijk een zorgelement aanmaken, moest men hieraan herinnerd worden.

- **Angst als bijkomstig probleem***:* Angst staat vaak niet op zichzelf, maar komt vaak voor in comorbiditeit met aandoeningen als depressie of middelenmisbruik.

  Deze diagnosen worden voor de deelnemers als 'primair', 'belangrijker', 'fundamenteler' beschouwd. Angst wordt veelal gezien als secundair aan depressie. Bij middelenmisbruik dan weer, wordt er, ook in de gevallen dat het gaat om gebruik secundair aan een angstproblematiek, meer aandacht besteed aan het misbruik. Men is hier vertrouwder mee, voelt zich meer gesterkt in de aanpak daarvan dan in die van angst. Men geeft aan dat dit een gevolg is van de vlot beschikbare afbouwschema's van psychofarmaca, hulp van de apotheker bij afbouwen van benzodiazepines, etc.

- **Weigering van patiënten**: patiënten weigeren een 'label'

  Patiënten uiten soms dat ze een diagnose liever niet in hun dossier zien verschijnen. Er lijkt schroom te zijn deze diagnose telkens te zien verschijnen op

onder meer verwijsbrieven of SumEhr's, omdat men het gevoel heeft dat deze vermelding toekomstige artsen zal misleiden en men de klachten van de patiënt niet meer serieus zal nemen. Verschillende disciplines (bijvoorbeeld; dermatologie) hoeven niet op de hoogte te zijn van deze kwetsbaarheid. In dit geval ontkent de patiënt zijn of haar problematiek niet.

- **Ontkennen van psychische kwetsbaarheid:** patiënten weigeren een kwetsbaarheid

  Met name bij hypochondrie ervaren meerdere collega's moeilijkheden deze boodschap over te brengen aan de patiënt. Men heeft liever niet dat patiënten deze diagnose zien verschijnen op een verwijsbrief of SumEhr, wanneer die patiënt niet 'gelooft' in zijn of haar diagnose. Artsen passen soms de confidentialiteit van de zorgelementen aan, zodat deze diagnose wel zichtbaar is voor zichzelf en eventuele andere zorgverleners, maar niet voor de patiënt.

Volgende zaken vormen moeilijkheden voor de deelnemers in de eerste aanpak van angstklachten of -stoornissen;

- **Tijdsgebrek**:

  Fundamenteel probleem van tijdsgebrek in de gehele huisartsgeneeskunde. Is er in een consult van een kwartier tijd voor het verhaal van de patiënt, bepalen van de ernst en de weerslag, alsook de opstart van een behandeling met eventuele verwijzing?

- **Falen eerstelijnsmedicatie**: Welke rol kan de huisarts nog spelen bij het falen van eerstelijnsmedicatie onder de vorm van een SSRI?

  Men ervaart vertrouwdheid met de gekende SSRI's, maar wat doen als deze ineffectief blijken?

- **Arbeidsongeschiktheid:** Hoe lang draagt 'thuisblijven' bij tot het herstel van de patiënt?

  Arbeidsongeschikt verklaren van patiënten is niet altijd behulpzaam. Men neemt zo ook structuur en standvastigheid die een werkomgeving biedt weg, terwijl deze net sociaal isolement kan voorkomen, net als financiële problemen. Men heeft verbinding nodig, geen terugvallen op zichzelf.

- **Ziekte-inzicht***:* Hoe brengt men patiënten ziekte-inzicht bij?

  Patiënten met hypochondrie of een somatisatiestoornis blijven hameren op de noodzaak van technische onderzoeken, terwijl men als arts weet dat de patiënt op dat moment beter geholpen kan worden met de aanpak van de onderliggende angst.

- **Zelfhulp:**

Bestaan er zelfhulpprogramma's waarnaar men kan verwijzen? Alternatief voor een folder, zodat patiënten inzicht krijgen in hun problematiek en weten dat het gaat om gekende problemen ('psycho-educatie').

- **'Endogene angst'***:*

  Wat is de aanpak van een angst die diepgeworteld is in de persoonlijkheid van de patiënt? Enkele deelnemers zien dit als een onbehandelbare variant, waar men mee dient te leren leven.

- **Sociale kaart***:* Naar welke hulpverleners in de buurt kan men verwijzen?

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

Onder de vorm van een groepsvergadering werden barrières betreffende het coderen van angstklachten als zorgelement besproken.

- **Specialistische diagnose**

  Er wordt met voorzichtigheid omgesprongen met de codering 'angststoornis'. Hier wordt meestal pas een zorgelement van gemaakt als deze diagnose gesteld is door een psychiater. Het is echter een diagnose die ook door een huisarts gesteld kan worden, maar hier mist men handvaten in.

- **Weigering van patiënten**: patiënten weigeren een 'label'

  Wanneer een zorgelement geregistreerd wordt, verschijnt dit ook automatisch in de verwijsbrief. Sommige patiënten hebben hier bezwaar tegen. Dit houdt in dat er steeds een extra controle moet gebeuren bij het opstellen van een verwijsbrief, met ook het risico dat de arts het zorgelement er vergeet uit te halen. Daarnaast kan het wel belangrijke informatie zijn voor de specialist in kwestie, om een totaalbeeld van de patiënt te krijgen.

- **Ontkennen van psychische kwetsbaarheid:** patiënten weigeren een kwetsbaarheid

  Het gebeurt ook regelmatig dat een patiënt zelf niet overtuigd is dat hij een angstproblematiek heeft. Het gaat dan meestal om patiënten waarbij angst zich voornamelijk uit in lichamelijke symptomen, zoals bijvoorbeeld hartkloppingen, waarbij er blijvend gevreesd wordt voor een lichamelijke aandoening. Er wordt in dergelijke situatie minder vlug een zorgelement rond angst aangemaakt.

- **Verzekeringskwesties:**

  De vraag naar de impact op verzekeringskwesties wordt gesteld, bijvoorbeeld als de patiënt papieren komt laten invullen betreffende een levensverzekering of gewaarborgd inkomen. Een diagnose van een angststoornis kan hier een grote impact op hebben. Dit is ook een reden waarom er pas een zorgelement van gemaakt wordt, als er een diagnose van een psychiater is.

Het aantal registraties van angstklachten en -stoornissen is laag ten opzichte van de prevalentie- en incidentiecijfers. Volgende elementen kwamen aan bod in het gesprek;

- **Presentatie als somatische klacht:**

  Patiënten presenteren zich vaak met somatische klachten, die dan ook als zodanig geregistreerd worden. In het verslag kan dan wel teruggevonden worden dat er onderliggend een angstproblematiek vermoed wordt.

- **Gerelateerde aandoeningen:**

  Er zijn aandoeningen die nauw gerelateerd zijn aan een angstproblematiek, en op deze manier geregistreerd worden. Denk bijvoorbeeld maar aan 'Acute stressreactie', 'Somatisatie/somatisatiestoornis/hypochondrie', 'Paniekaanval' of 'Hyperventilatie'.

De deelnemende artsen gaven aan de laatste drie maanden bewuster zijn te gaan coderen, en willen dit in de toekomst graag ook zo verderzetten. Er werd, na deze proefperiode van drie maanden, concreet afgesproken een zorgelement rond angstproblematiek aan te maken als de klachten uitgesproken zijn, een grote impact hebben op het dagelijkse leven, als er medicatie opgestart wordt of als er meerdere consultaties aan 'angst' besteed worden. Verwijsbrieven worden extra gecontroleerd, en indien de vermelding van een angstproblematiek niet relevant zou zijn, kan deze nog verwijderd worden indien gewenst. Een discussiepunt blijft wel wanneer het zorgelement betreffende angst van 'actief' naar 'passief' gezet kan worden. Sommige artsen vinden dat dit lang mag blijven vermeld worden, omdat er een zekere kwetsbaarheid blijft bestaan. Andere artsen zijn van mening dat als de medicatie weer is afgebouwd en er geen klachten meer worden gemeld, de status op 'passief' gezet kan worden, maar zo toch nog zichtbaar blijft.

Vervolgens werden de moeilijkheden besproken betreffende de eerste aanpak van angstklachten of -stoornissen, en werd nagegaan waar de noden van de praktijk liggen.

- **Nood aan een diagnostisch hulpmiddel:**

  Welk diagnostisch hulpmiddel is het meest geschikt voor gebruik in 'Het Dessels Doktershuis'?

- **Medicatie-overzicht:**

  Er is nood aan een overzicht van de verschillende antidepressiva. Er is hierbij vooral vraag naar het verschil tussen de verschillende SSRI's, omdat deze medicatie het meest wordt voorgeschreven in de huisartsenpraktijk.

- **Visie:**

  Welke visie heeft 'Het Dessels Doktershuis' op de aanpak van angstklachten. Hoe wil men te werk gaan?

- **Zelfhulp**

  Bestaan er goede en gratis zelfhulpwebsites? En dit zowel in de Nederlandse taal als in het Engels?

- **Mindfulness**

  Is er ruimte voor mindfulness bij de aanpak van angstklachten? Waar kunnen patiënten hiervoor terecht?

- **Wat is voor de patiënt zelf belangrijk?**

  Bestaan er literatuurstudies over wat patiënten zelf belangrijk vinden bij de aanpak van angstproblematiek?

CYCLUS 2

TOELICHTING NHG-RICHTLIJN

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

De NHG-richtlijn 'angst' werd toegelicht op 06/12/2024. Dit moment werd vooraf vastgelegd, opdat het gehele deelnemende team aanwezig kon zijn en er, naast het gebruikelijke wekelijkse teamoverleg, ook tijd gemaakt kon worden voor dit project. Het voorstellen van de richtlijn gebeurde zonder presentatie maar met een samenvatting van de richtlijn in de hand.

De presentatie van de richtlijn werd af en toe organisch onderbroken vanuit het team, met eigen ervaringen en verwijzingen naar specifieke patiëntendossiers. De richtlijn werd als vertrouwd ervaren, verklaard vanuit het team op basis van twee argumenten. Enerzijds gaat het om een praktijk met een relatief jong team; het belang van zoeken in richtlijnen met als doel op evidentie gebaseerde geneeskunde te bedrijven is gekend. Anderzijds zijn er ook telkens één of twee HAIO's aan het werk in de praktijk, die de kennis van de vaste artsen dan weer up-to-date houden, onder meer via dit soort projecten en patiëntenoverleg.

Vooral de heropfrissing van het SCEGS-model, gebruikt voor de bevraging van de impact van de angst vanuit verschillende invalshoeken, werd als helpend ervarend.

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

Tijdens het bespreken van de NHG-richtlijn 'angst' kwamen volgende opmerkingen naar boven:

- De NHG-richtlijn stelt het SCEGS-model voor als hulpmiddel bij de exploratie en diagnose van angstklachten. Bij migranten stellen zij voor een andere volgorde te gebruiken; namelijk SGSCE. In die volgorde komen de minst bedreigende vragen eerst, met tot slot de cognities en emoties. Waarom wordt dit dan niet bij iedereen zo gedaan?
- De NHG-richtlijn beschrijft voorbeelden om elementen uit de cognitieve gedragstherapie aan te wenden in het huisartsenconsult. Kunnen we hier ook de verpleegkundige in de praktijk bij betrekken om hier tijd voor vrij te maken?
- De kostprijs van de zelfhulpsites die worden aangeraden is hoog.
- Bij patiënten die een recent coronair infarct hebben gehad, wordt het gebruik van een SSRI aangeraden. Maar bij patiënten die anticoagulantia of antiaggregantia gebruiken, kiest de arts best voor een TCA. Is dit een contradictie?

TOELICHTING LEIDRAAD ANGST

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

In 'Groepspraktijk Tremelo' werd er onmiddellijk een leidraad, aangepast aan de noden van de praktijk gemaakt. Deze werd opgesteld met de moeilijkheden die naar boven kwamen in cyclus 1 indachtig, alsook de opmerkingen die verkregen werden bij het voorstellen van de NHG-richtlijn de week voordien.

De leidraad werd aldus voorgesteld op 13/12/2024, in aanwezigheid van het volledige deelnemende team. De deelnemers gaan de komende 3 maanden aan de slag met deze leidraad, zo ze dit zinvol vinden. Er werd een feedbackmoment gepland.

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

In groepspraktijk 'Het Dessels Doktershuis', anders dan in 'Groepspraktijk Tremelo', werd er eerst een algemene leidraad opgesteld op basis van de NHG-richtlijn. Deze werd voorgesteld tijdens een groepsvergadering. Deze bevatte concreet:

- De kernboodschappen die de NHG-richtlijn voorop stelt
- Het SCEGS-model en de 4DKL als diagnostisch hulpmiddel
- Niet-medicamenteuze behandelingen zoals voorlichting en cognitieve gedragstherapie
- Medicamenteuze behandelingen

AANPASSINGEN AAN DE LEIDRAAD DOORHEEN CYCLUS 2

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

Aanpassingen worden, zoals protocollair bepaald, gebundeld doorgevoerd na het evaluatiemoment, dat plaatsvindt nadat de leidraad 3 maanden gebruikt geweest is.

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

Na het bespreken van de noden uit de praktijk, werden volgende toevoegingen en wijzingen gaandeweg, doorheen cyclus 2, aangebracht aan de leidraad.

- **Vermelding visie:** Als eerste stap moet de leidraad ook de visie van te praktijk bevatten. Wat wordt er nagestreefd? Waar moet over gewaakt worden? Volgende kernboodschappen worden naar voren geschoven:
    - Patiënten moeten zich veilig voelen.
    - Laagdrempelige zorg: een eerste aanspreekpunt zijn, de zorg coördineren en beschikbaar zijn bij acute crisissen.

- Patiënten kunnen ook voor niet-medicamenteuze zorg terecht in ‘Het Dessels Doktershuis’. Ook al hebben de artsen geen specifieke scholing gehad in het uitvoeren van bepaalde therapieën; er kan wel een luisterend oor geboden worden.

- **Wat is voor de patiënt zelf belangrijk?:** In de leidraad moet ook verwerkt worden wat patiënten, algemeen genomen, belangrijk vinden.

  Uit een systematische literatuurstudie uit 2020, van Tünneßen M., Hiligsmann M., et al., komen verrassende resultaten.(11) Patiënten vinden proces- en kostenkenmerken belangrijker dan de uiteindelijke uitkomst. Dat het hoge kostenplaatje meespeelt wanneer hulp wordt opgestart voor angstklachten, was te verwachten. Deze systematische literatuurstudie toont dus echter ook dat de manier waarop een therapie wordt uitgevoerd, voor vele patiënten belangrijker is dan de uitkomst van deze therapie. Het is zodus cruciaal als huisarts de voorkeuren van de patiënt mee te nemen in het opstellen van een behandelplan.

  Ashcroft R, Menear M, et al., voerden in 2021 een kwalitatieve studie uit rond het perspectief van patiënten op de kwaliteit van zorg betreffende angstklachten in de eerstelijnsgezondheidszorg(12). Patiënten vinden toegankelijkheid van de huisarts belangrijk alsook de centralisatie van de zorg via de huisarts. Daarnaast wordt aangegeven dat een consult van 15 minuten te kort is voor het bespreken van angstklachten; sommige patiënten durven niet spreken over hun angstklachten, ‘want de dokter loopt al achter op schema’. Er werd daarnaast een interessante suggestie gedaan; is er een rol voor een mentale check-up, net zoals men bijvoorbeeld een bericht krijgt als het tijd is voor een uitstrijkje. Tot slot lijkt de huisarts snel te grijpen naar medicatie omdat dit voor hem bekend terrein is.

- **Diagnostische hulpmiddelen:** Welk gevalideerd diagnostisch hulpmiddel is het meest geschikt in ‘Het Dessels Doktershuis?’

  Wegens licentiekosten bij elke afname werden de Symptom CheckList (SCL-90), de Zelfbeoordelingsvragenlijst (ZBV, bewerking van de Trait Anxiety Inventory), de Brief Symptom Inventory (BSI-15) en de Beck anxiety scale (BAI-NL) niet weerhouden.

  De General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) werd niet weerhouden wegens het beperkt aantal bevraagde items en de Hamilton Angst Schaal (HAM-A) was volgens het team té somatisch gericht. De Depression Anxiety Stress Scale (DASS21) is uitgebreid, maar mist bevraging naar vermijdingsgedrag en had minder de voorkeur van het team wegens zijn numerieke scoringsschaal.

  Uiteindelijk werd voor de leidraad van ‘Het Dessels Doktershuis’ dezelfde diagnostische hulpmiddelen gekozen als de NHG-richtlijn ‘Angst’ voorop stelt.

  - **SCEGS Model**: Een tool om op een gestructureerde manier gezondheidsinformatie te bevragen met aandacht voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie van klachten.

- **VierDimensionale KlachtenLijst (4DKL)**: Een zelfrapportagelijst met items die de afgelopen 7 dagen bevragen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen eerder angstklachten, depressieve klachten, spanningsklachten (distress) en somatisatie. Het team van 'Het Dessels Doktershuis' verkiest dit hulpmiddel wegens de overzichtelijkheid en zijn uitgebreidheid. De voorkeur wordt gegeven aan een beschrijvende schaal in plaats van een numerieke schaal, omdat dit volgens het team makkelijker is voor de patiënt. Gezien het een zelfrapportagelijst betreft, is die eenvoudig met de patiënt mee te geven, waarna er een bespreking op consultatie kan volgen.

- **Overzicht differentiatie SSRI's:** Er is nood aan een overzicht betreffende de verschillen tussen de verschillende selectieve serotonine-heropnameremmers.

  De in België beschikbare SSRI's (sertraline, escitalopram, citalopram, fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine) zijn gelijkwaardig qua werking. De keuze van SSRI zal dan ook bepaald worden door het profiel van de patiënt. (13–19)

Tabel 5: Overzicht SSRI's

SSRI	Voordeel	Nadeel	Opmerking
Sertraline	Eerste keuze bij ouderen Lineaire farmacokinetiek Weinig interacties	Slaapstoornissen Maagklachten Seksuele dysfunctie	
Escitalopram	Goede tolerantie	QT-verlenging	
Citalopram	Mogelijk bij ouderen Weinig interacties	QT-verlenging Gevaarlijk bij overdosis	
Fluoxetine	Gewichtsverlies Activerend Minste seksuele bijwerkingen	Agitatie (angst) Slaapstoornis	Lange halfwaardetijd
Fluvoxamine		Slechte tolerantie Gastro-intestinale bijwerkingen Sederend	
Paroxetine		Anticholinerge effecten Sederend Gewichtstoename Libidoverlaging	

- **Zelfhulpsites**: Naar welke gratis zelfhulpsites kunnen we patiënten verwijzen?

  Volgende websites geven duidelijke en onderbouwde informatie:

  - Thuisarts.nl: eenvoudige en duidelijke uitleg gebaseerd op de NHG-richtlijn
  - Wijzijnmind.nl: concrete tips, beknopte flyers downloadbaar voor patiënt én familie, bieden een gratis hulplijn aan, vrije donatie mogelijk
  - Angsthulp.be: gratis, inloggen noodzakelijk, verschillende modules beschikbaar ("Wat is belangrijk", "denken en voelen", "mijn relaties", "angst in de ogen kijken").
  - Nhs.uk/every-mind-matters: Engelstalig, uitleg, tips, zelfhulptechnieken (ook beschikbaar als videomateriaal)

EVALUATIE NA 3 MAANDEN – GESPREKKEN MET DE DEELNEMERS

Op vrijdag 28/02/2025, 3 maanden na de voorstelling van de NHG-richtlijn "Angst" alsook de praktijkspecifieke leidraad, werd in beide praktijken onder de vorm van een groepsgesprek een antwoord gezocht op de vier studie-elementen die in het protocol beschreven worden, namelijk;

1. Evalueren van de toepassing van de leidraad
2. Nagaan of het beleid van de deelnemende artsen veranderd is (op kwalitatieve wijze)
3. De voor- en nadelen van het gebruik van een leidraad nagaan
4. Opmerkingen betreffende de aanpassing van de leidraad bespreken

GROEPSPRAKTIJK TREMELO (HAIO PETER CEUPPENS)

Elk van de deelnemende artsen was aanwezig op het overleg. Er werd ingespeeld op mekaars feedback en in gesprek getreden door alle deelnemende artsen.

Evaluatie van de toepassing van de leidraad

Elk van de deelnemende artsen gebruikte de leidraad in de dagelijkse praktijk. Voor een tweetal deelnemers volstond de mondelinge toelichting van de richtlijn en leidraad; zij namen de leidraad tijdens cyclus 2 niet te hand. Bij een andere deelnemende arts was de leidraad structureel op het bureau te vinden; zij ging het actiefst aan de slag met de aangeleverde info.

Beleidsveranderingen van de deelnemers

Een verhoogde aandacht voor angstklachten- en stoornissen bij de verschillende deelnemers is opvallend. Men ervaart dit praktijkverbeterend project als een sensibilisatiecampagne voor een erg frequent probleem dat echter te weinig aandacht krijgt binnen de huisartsgeneeskunde.

Men geeft aan angst als dusdanig beter te bevragen, vooral omdat men zich gesterkt voelt met het SCEGS-model als handvat.

Een deelnemer geeft aan angst niet langer als secundair aan depressie, middelenmisbruik etc. te beschouwen, maar ook op zichzelf te bevragen en aan te pakken. Deze deelnemer ervaart daarmee patiënten beter te kunnen helpen en meer vooruitgang te boeken.

Men ervaart geen veranderingen in verwijsbeleid noch medicamenteuze keuzes (opstart, keuze van farmacon, posologie).

Voor- en nadelen van het gebruik van een leidraad

De ervaren noodzaak wat betreft informatiebronnen tijdens de consultatie is een samenvatting van een specifieke richtlijn, zodat men snel vindt waar men naar op zoek is. Een leidraad is in dat opzicht handig. De leidraad wordt vergeleken met de richtlijnenfiches van Domus Medica, die nog steeds op papier verspreid worden aan de leden van de beroepsorganisatie. Digitalisatie is voor de deelnemers echter cruciaal, omwille van een tweetal redenen. Enerzijds zijn digitale informatiebronnen altijd beschikbaar, daar waar men papieren bronnen steeds moet meenemen, deze plaats innemen, etc. Anderzijds is het makkelijker, wanneer er een patiënt voor je zit, info digitaal op te zoeken op de computer waarvan de patiënt het scherm niet ziet, dan een papieren fiche boven te halen. Men vreest dat patiënten dat zouden ervaren als een onvertrouwdheid van de arts met het onderwerp.

De aanpassing van de leidraad aan de specifieke praktijksituatie wordt ervaren als erg zinvol; richtlijnen kan men niet los van de lokale context toepassen (Voorbeelden: Op nationaal niveau; beschikbaarheid van geneesmiddelen. Op lokaal niveau; beschikbaarheid van psychotherapeuten). Dit beperkt echter de uitwisselbaarheid van informatie; een leidraad van de ene praktijk kan helemaal verschillen van die van een naburige praktijk, bijvoorbeeld op basis van visieverschillen.

De beperkte houdbaarheid van de leidraad en de continue nood aan updates is een bezorgdheid. Om de leidraad op een kwalitatieve manier te kunnen updaten, dient men steeds op de hoogte te blijven van de nieuwste richtlijnen, maar ook netwerken met de lokale zorgverleners met expertise, digitale evoluties opvolgen (bv. nieuwe zelfhulpwebsites), et cetera. Wie neemt deze taak op zich? Het risico bestaat dat de leidraad niet geüpdatete wordt, waarna er gebruik gemaakt wordt van gedateerde info, dan wel dat er info verloren gaat gezien de richtlijn niet meer gebruikt wordt.

Aanpassingen aan de leidraad

De leidraad werd opgesteld op basis van de praktijknoden die naar boven kwamen in de resultaten van cyclus 1 alsook de opmerkingen die gemaakt werden bij het voorstellen van de NHG-richtlijn aan het begin van cyclus 2. De richtlijn werd dus reeds als aangepast aan de noden van de praktijk ervaren. Er zijn een drietal aanpassingen die de deelnemers graag doorgevoerd zien worden, telkens gedragen door de andere deelnemers.

- **Links naar relevante documenten:** Er dient vanuit de digitale leidraad gelinkt te worden naar relevante documenten die in de leidraad aan bod komen; met name een link naar de 4DKL-vragenlijst wordt als relevant ervaren. Men wil de aanbeveling zien, kunnen doorklikken naar de vragenlijst, die men dan onmiddellijk kan printen. Zo is een extra stap met het zoeken naar het geschikte document niet nodig en meent men meer geneigd te zijn de hulpmiddelen te gaan gebruiken.

- **Contactgegevens psychotherapeuten:** Hoewel de praktijk een eigen sociale kaart heeft, zijn vele psychotherapeuten op die lijst onbeschikbaar omwille van een patiëntenstop. Deelnemers krijgen op het einde van de leidraad graag een overzicht van enkele psychotherapeuten, ervaren in de aanpak van angst, waar patiënten nog op relatief korte termijn terecht kunnen. Een wachttijd van een tweetal maanden wordt als acceptabel beschouwd in het huidige gezondheidslandschap.

- **Onderliggend somatisch lijden:** De NHG-richtlijn alsook de leidraad adviseren restrictief om te springen met technische onderzoeken naar onderliggend somatisch lijden, met name als daar geen klinische of anamnestische argumenten voor zijn. Zijn die argumenten er wel, dan is verder somatisch nazicht wél relevant. De deelnemers krijgen hier graag wat meer handvaten in; op welke anamnestische of klinische tekens dient men bedacht te zijn en welke onderzoeken zijn in dat geval aanbevolen?

HET DESSELS DOKTERSHUIS (HAIO SIGRID SANDERS)

Evaluatie van de toepassing van de leidraad

De initiële leidraad, enkel gebaseerd op de NHG-richtlijn ‘Angst’, werd slechts weinig gebruikt. De informatie die hierin te vinden was, werd als reeds gekend beschouwd. Daarna heeft de leidraad gaandeweg ontwikkelingen doorgemaakt. Er werd regelmatig over de richtlijn gesproken en er werd nagedacht over de visie van de praktijk op de aanpak van angstklachten. In de gemeenschappelijke ruimte werd informatie beschikbaar gesteld zoals afgedrukte diagnostische hulpmiddelen, zodat men deze rustig kon inkijken en evalueren. De zo ‘geëvolueerde’ leidraad wordt wel als zinvol en bruikbaar beschouwd, omdat deze nu aangepast is aan de noden uit de praktijk.

Beleidsveranderingen van de deelnemers

De initiële leidraad leidde tot weinig beleidsveranderingen. De deelnemende artsen gaven aan wel alerter te zijn geworden in het detecteren van angstproblematiek. Daarnaast werd ook de aangepaste coderingsstrategie als positief ervaren. De artsen zijn er wel van overtuigd dat de uiteindelijke leidraad wél voor beleidsveranderingen zal zorgen, zoals;

- Patiënten thuis de 4DKL zelfrapportagelijst laten invullen (nu deze eenvoudig beschikbaar is bij documenten in CareConnect)
- Snellere verwijzing naar zelfhulpsites
- De keuze van SSRI meer laten afhangen van het profiel van de patiënt

Voor- en nadelen van het gebruik van een leidraad

De voordelen van de definitieve leidraad zijn beknopte en concrete adviezen afgestemd op de noden van de praktijk. De leidraad is eenvoudig beschikbaar en snel terug te vinden in medisch programma zelf (in casu CareConnect). Het biedt een houvast en bevat ook geen onnodige informatie.

Een nadeel anderzijds, is ook juist die beknoptheid. Het gevaar bestaat door het gebruik van de leidraad in een tunnelvisie terecht te komen en geen verdere opties te exploreren die niet aangegeven zijn in de leidraad. Daarnaast moet een leidraad ook regelmatig vernieuwd worden, afgestemd op recente richtlijnen en behandelopties.

Aanpassingen aan de leidraad

Als laatste afstemming van de leidraad werden nog volgende aanpassingen gemaakt:

- **Link naar switchtabellen antidepressiva:** Het team vindt het handig dat de leidraad ook een link bevat naar informatie over switchen van het éne naar het andere antidepressivum. Deze informatie is overzichtelijk terug te vinden op https://www.psychiatrienet.nl/switchtabel.

- **Vermelding van de datum waarop de richtlijn opgesteld is:** Op deze manier kan er in de gaten gehouden worden wanneer een update noodzakelijk is.

Omdat er momenteel geen gebruik gemaakt wordt van een ‘shared folder’ werd afgesproken de leidraad beschikbaar te stellen via documenten in het medisch programma. In de documentensectie wordt ook de 4DKL vragenlijst geplaatst, zodat deze snel terug te vinden is en de artsen de vragenlijst direct kunnen afdrukken. Een opmerking van verschillende artsen was ook de titel van dit document te veranderen van ‘4DKL vragenlijst’ naar ‘Angst 4DKL vragenlijst’, om deze eenvoudiger terug te vinden. Daarnaast zal er ook nog een lijst worden opgesteld met beschikbare psychologen in de omgeving die vertrouwd zijn met het behandelen van angstproblematiek.

DISCUSSIE

SAMENVATTING

Uit dit praktijkverbeterend project blijkt dat de registratie van angstklachten en -stoornissen in de huisartsenpraktijk beperkt blijft, ondanks de hoge prevalentie ervan. De implementatie van de NHG-richtlijn 'Angst' en de ontwikkeling van praktijkspecifieke leidraden resulteren in een verhoogde bewustwording onder de deelnemende huisartsen, maar de daadwerkelijke registratie blijft beperkt.

Er konden barrières geïdentificeerd worden in zowel de codering als in de eerste aanpak van angstklachten en -stoornissen. Hoewel sommige barrières praktijkspecifiek lijken, zien we gemeenschappelijke moeilijkheden terugkeren in beide praktijken. Zo is er enerzijds de terughoudendheid van huisartsen om een angstdiagnose te stellen; men voelt zich niet altijd voldoende vertrouwd met de diagnostiek van angststoornissen. Anderzijds is er de weerstand van patiënten om deze diagnose te krijgen; men wil geen label, of men ontkent het bestaan van een psychische kwetsbaarheid en zoekt een somatische verklaring voor zijn of haar klachten. Barrières in de eerste aanpak van angstproblematiek zijn onder meer de benodigde tijdsinverstering om dit op een kwalitatieve wijze uit te kunnen voeren alsook het gebrek aan vertrouwdheid met de materie.

De tot stand gekomen leidraad in beide praktijken vertoont gelijkenissen en verschillen. Beide leidraden zijn nog steeds nauw gerelateerd aan de NHG-richtlijn 'Angst' en kiezen het SCEGS-model en de 4DKL-vragenlijst als diagnostisch hulpmiddel. In de leidraad van 'Groepspraktijk Tremelo' wordt de nadruk gelegd op het verschil tussen angstklachten en een angststoornis, en wordt beklemtoond dat men aandachtig moet zijn op de aanwezigheid van co-morbiditeiten. Daarnaast wordt er weergegeven wanneer een verwijzing naar tweedelijnszorg moet gebeuren en bevat de leidraad ook een sociale kaart van beschikbare hulpverleners in de buurt. De leidraad van 'Het Dessels Doktershuis' is compacter en bevat de visie van de praktijk en de taak van de huisarts. Daarnaast is het voor deze praktijk belangrijk dat de leidraad een overzicht van de beschikbare SSRI's bevat en links naar voorlichting -en zelfhulpwebsites waarnaar verwezen kan worden.

VERGELIJKING MET LITERATUUR

De bevindingen uit deze studie komen grotendeels overeen met eerder onderzoek naar de uitdagingen bij de eerste aanpak van angststoornissen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Literatuur benadrukt het belang van een **gestructureerde aanpak**, zoals het gebruik van de SCEGS-methodiek en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL), om angststoornissen beter te detecteren en behandelen. (20)Deze instrumenten worden door de deelnemende huisartsen als nuttig ervaren, maar vereisen tijd en vertrouwdheid voor efficiënte implementatie. Dat tijdsgebrek

vaak als een belemmering wordt ervaren, sluit aan bij eerdere studies die aantonen dat de consultatietijd in de huisartsenpraktijk vaak onvoldoende is om uitgebreid psychologisch onderzoek te doen.(21)

Wat betreft de behandeling tonen studies aan dat cognitieve gedragstherapie en **mindfulness** effectieve methoden kunnen zijn voor de aanpak van angststoornissen.(7) In 'Het Dessels Doktershuis' werd de vraag gesteld of het zinvol is patiënten met angstproblematiek te verwijzen voor op mindfulness gebaseerde therapieën. Er is heel wat literatuur omtrent mindfulness als een niet-medicamenteuze optie, maar er is ook evidentie dat mindfulness in sommige gevallen angstklachten kan verergeren door de verhoogde introspectie die deze methode met zich meebrengt. Dit onderstreept het belang van een gepersonaliseerde aanpak, waarbij niet elke interventie voor elke patiënt geschikt is. (22–24)

Daarnaast blijkt uit literatuur dat de **beschikbaarheid van eerstelijnspsychologen en psychotherapeuten** een bepalende factor is in de behandeling van angststoornissen. (25) Dit sluit aan bij de bevindingen in dit onderzoek, waaruit blijkt dat huisartsen vaak worstelen met het vinden van geschikte doorverwijzingen binnen een redelijke termijn. De implementatie van een leidraad met een geactualiseerde sociale kaart van beschikbare hulpverleners kan bijdragen aan een efficiëntere doorverwijzing en betere zorgcoördinatie.

Onderzoek wijst uit dat veel patiënten met angststoornissen **terughoudend** zijn om een **formele diagnose** te laten registreren in hun medisch dossier, uit vrees voor negatieve gevolgen binnen de gezondheidszorg. Ook in ons onderzoek komt deze bezorgdheid in beide praktijken naar boven. Stigma rond psychische aandoeningen blijft een belangrijke barrière, niet alleen in de maatschappij, maar ook binnen de medische sector zelf. Studies tonen aan dat patiënten vrezen voor een andere – mogelijk minder grondige – benadering door collega-artsen zodra een psychiatrische diagnose in hun dossier vermeld staat.(26–28) Dit kan leiden tot een zogenaamde "diagnostische overschaduwing" ("*diagnostic overshadowing*"), waarbij somatische klachten eerder psychisch worden geïnterpreteerd en minder grondig worden onderzocht.(29) Het is daarom essentieel dat huisartsen zich bewust zijn van deze bezorgdheden en een houding hanteren die patiënten in staat stelt hulp te zoeken zonder angst voor ongewenste etikettering.

Tot slot laten we de **diagnostische onzekerheid** van angststoornissen **in de eerste lijn** aan bod komen. Huisartsen spelen een cruciale rol in de herkenning en behandeling van angststoornissen, maar onderzoek suggereert dat velen terughoudend zijn om een formele diagnose te stellen.(30) Deze schroom kan voortkomen uit een gebrek aan vertrouwen in hun eigen kennis en vaardigheden op het gebied van psychiatrische problematiek.(31) Literatuur toont aan dat huisartsen zich vaak onvoldoende opgeleid voelen binnen de diagnostiek en behandeling van angststoornissen. Daarnaast kan de complexiteit van angstklachten, die zich frequent presenteren met somatische symptomen, leiden tot diagnostische twijfel. Hierdoor worden angststoornissen soms niet gediagnosticeerd of behandeld als slechts een somatische klacht. Het versterken van psychiatrische scholing binnen de huisartsgeneeskunde en het verbeteren van de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg kunnen bijdragen aan meer vertrouwen en een accuratere diagnostiek van angststoornissen in de eerste lijn.(32)

STERKTES EN LIMITATIES

Een sterke kant van dit onderzoek is de praktijkgerichte benadering, waarbij een bestaande richtlijn wordt aangepast aan de noden van de deelnemende huisartsenpraktijken. Dit verhoogt de praktische toepasbaarheid en relevantie van de bevindingen. Bovendien leidt de participatie van verschillende huisartsen tot een brede kijk op de problematiek en mogelijke oplossingen. Dat de leidraad aangepast wordt aan de specifieke noden van de praktijk, zorgt voor een hogere acceptatiegraad bij de deelnemende artsen en verhoogt de kans op duurzame implementatie.

Een beperking is dat de verandering in registratiegedrag en behandelbeleid voornamelijk kwalitatief werd geanalyseerd. Er is geen opvolging op lange termijn voorzien. Het blijft onduidelijk of de verhoogde bewustwording en aangepaste registratiestrategieën op langere termijn worden volgehouden. Daarnaast is er ook geen meting van de impact op patiëntenzorg. Of de zorg voor patiënten verbeterd is, blijft onduidelijk.

Daarnaast maken we ook een nota bij het interpreteren van het aantal geregistreerde zorgelementen betreffende angstproblematiek. In 'Het Dessels Doktershuis' was er 1 patiënt met een dubbele codering in cyclus 1 (P01 ("angstig/nerveus/gespannen gevoel") en P74 ("angststoornis/angsttoestand") en 2 patiënten met een dubbele codering in cyclus 2. In 'Groepspraktijk Tremelo' waren er geen dubbele coderingen.

De toepassing van het protocol door twee HAIO's in twee huisartsenpraktijken is een belangrijk voordeel; het biedt een waardevol inzicht in meer algemene noden dan wel praktijkspecifieke barrières. We zien echter verschillen in methodologische aanpak tussen de twee praktijken. Daar waar HAIO Peter Ceuppens de geplande methode strikt toepaste in 'Groepspraktijk Tremelo', speelde HAIO Sigrid Sanders meer organisch in op de specifieke noden die tijdens het proces ontstonden. De aanpassing van de auditstrategie in 'Het Dessels Doktershuis' is hier tekenend voor. Dit maakt een directe vergelijking tussen beide praktijken uitdagend, maar biedt tegelijk inzichten in de noodzaak van een flexibele implementatiestrategie.

TOEKOMST

De prevalentie van angstklachten bij volwassenen is hoog en neemt toe, terwijl het Belgische psychische gezondheidssysteem reeds overbelast is. Dit leidt tot een toenemende druk op de eerstelijnszorg, waarbij de huisarts een centrale rol blijft spelen als eerste aanspreekpunt. Aangezien de huisarts voor de patiënt vaak de meest toegankelijke en betaalbare zorgverlener is, zal de vraag naar begeleiding en behandeling van angstproblematiek in de huisartsenpraktijk blijven bestaan. Tegelijkertijd blijven wachttijden voor gespecialiseerde zorg, zoals een eerstelijnspsycholoog of psychiater, een uitdaging. Voor zowel de huidige als toekomstige huisartsen is het daarom essentieel om vertrouwd te zijn met de diagnosestelling en aanpak van angststoornissen, opdat zij patiënten adequaat kunnen begeleiden en behandelen binnen de eerstelijnszorg.

Deze studie laat ruimte voor verder toekomstig onderzoek. Zo werd de impact van het gebruik van digitale hulpmiddelen en zelfhulpplatformen niet systematisch geëvalueerd. Hoewel deze tools als waardevol werden erkend, is verdere studie nodig om te bepalen in hoeverre deze effectief bijdragen aan de reductie van angstklachten en of ze een aanvulling of een vervanging kunnen vormen voor face-to-face interventies. Een andere interessante studiepiste is het toepassen en evalueren van korte interventies. Wat is bijvoorbeeld de impact van het gebruik van de korte cognitief gedragstherapeutische interventies die in de NHG-richtlijn beschreven staan? Wat is de impact op de angstbeleving of functioneren van de patiënt? Een derde voorstel tot verder onderzoek betreft de effecten van mindfulness. Wanneer is mindfulness een geschikte behandeling bij angstklachten en wanneer niet? Welke patiënten zijn gevoeliger om nadelen van deze therapie te ondervinden? We sporen toekomstige HAIO's aan hier actief mee aan de slag te gaan.

CONCLUSIE

Deze masterproef toont aan dat angstklachten, ondanks hun hoge prevalentie, nog steeds te weinig geregistreerd en onvoldoende herkend worden in de huisartsenpraktijk. De implementatie van een gestandaardiseerde coderingsstrategie en een praktijkgerichte leidraad leidt tot een verhoogde bewustwording en een meer gestructureerde aanpak bij huisartsen.

De NHG-richtlijn ‘Angst’ wordt als een bruikbaar en vertrouwd kader ervaren, vooral wanneer deze vertaald wordt naar de concrete noden van de praktijk. Praktijkspecifieke leidraden versterken het vertrouwen van huisartsen in het diagnosticeren en begeleiden van angstproblematiek. Belangrijke barrières blijven echter bestaan, zoals diagnostische onzekerheid en terughoudendheid van patiënten om psychische kwetsbaarheid te erkennen. Digitale integratie van leidraden vergemakkelijkt het gebruik tijdens consultaties.

Opvolging is noodzakelijk om te evalueren of de leidraden blijvend geïntegreerd worden in de praktijkvoering. Dit praktijkverbeterend project onderstreept dat kleinschalige implementaties, afgestemd op lokale noden, een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan kwalitatieve eerstelijnszorg voor patiënten met angstklachten.

REFERENTIES

1. Nesse RM, Ellsworth PC. Evolution, emotions, and emotional disorders. Am Psychol. 2009;64(2):129–39.

2. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. Nat Rev Dis Primers. 2017 May 4;3(1):17024.

3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):617–27.

4. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders. WHO. 2023 [cited 2025 Mar 26]. Anxiety Disorders. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders

5. Helena Bruggeman, Gwendoline Nélis. Sciensano. 2023 [cited 2024 Dec 3]. BELHEALTH Bulletin 3. Available from: https://www.sciensano.be/en/biblio/bulletin-ndeg3-belhealth

6. Lui J, Brown J. P26 Barriers and Facilitators to Help-Seeking for Common Mental Disorders among University Students: A Systematic Review. BJS Open. 2021 Apr 8;5(Supplement_1).

7. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Depress Anxiety. 2018 Jun;35(6):502–14.

8. Heideman J, van Rijswijk E, van Lin N, de Loos S, Laurant M, Wensing M, et al. Interventions to improve management of anxiety disorders in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract. 2005 Nov;55(520):867–74.

9. Cohen A. The primary care management of anxiety and depression: a GP's perspective. Advances in Psychiatric Treatment. 2008 Mar 2;14(2):98–105.

10. NHG Werkgroep Angst. NHG Richtlijn Angst [Internet]. 2019. 2019 [cited 2024 Dec 3]. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst

11. Tünneßen M, Hiligsmann M, Stock S, Vennedey V. Patients' preferences for the treatment of anxiety and depressive disorders: a systematic review of discrete choice experiments. J Med Econ. 2020 Jun 2;23(6):546–56.

12. Ashcroft R, Menear M, Greenblatt A, Silveira J, Dahrouge S, Sunderji N, et al. Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: A qualitative study. Health Expect. 2021 Aug 1;24(4):1168–77.

13. Anderson IM, Edwards JG. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. Advances in Psychiatric Treatment. 2001;7(3):170–80.

14. Marken PA, Stuart Munro J. Selecting a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: Clinically Important Distinguishing Features. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2000;2(6):205–10.

15. Sanchez C, Reines EH, Montgomery SA. A comparative review of escitalopram, paroxetine, and sertraline: Are they all alike? Int Clin Psychopharmacol. 2014;29(4):185–96.

16. Comparison antidepressant meds and possible side effects - UpToDate [Internet]. [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PSYCH/143603

17. BCFI | Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) [Internet]. [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://www.bcfi.be/nl/chapters/11?frag=8151

18. serotonineheropnameremmers, selectief [Internet]. [cited 2025 Feb 23]. Available from: https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/bladeren/groepsteksten/serotonineheropnameremmers__selectief

19. Power-Smith P. Beneficial Sexual Side-effects from Fluoxetine. The British Journal of Psychiatry. 1994;164(2):249–50.

20. Terluin B, Terluin M, Prince K, van Marwijk H. De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. Huisarts & Wetenschap. 2008 May 10;251–5.

21. Deveugele M, Derese A. Consultatieduur in de huisartsenpraktijk: cross-sectionele studie in zes Europese landen. Huisarts Nu. 2003;464–71.

22. Baer R, Crane C, Miller E, Kuyken W. Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. Clin Psychol Rev. 2019 Jul 1;71:101.

23. Binda DD, Greco CM, Morone NE. What Are Adverse Events in Mindfulness Meditation? Glob Adv Health Med. 2022 Apr 1;11:2164957X221096640.

24. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. Psychiatr Clin North Am. 2017 Dec 1;40(4):739.

25. Subotic-Kerry M, Borchard T, Parker B, Li SH, Choi J, Long E V., et al. While they wait: A cross-sectional survey on wait times for mental health treatment for anxiety and depression for Australian adolescents. 2023 Aug 22;

26. van Erp N, Knispel A, Michon H, de Lange A, Hulsbosch L, Boumans J, et al. [Stigmatization in mental health care. Research among clients and care providers]. Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):568–73.

27. Aker S, Aker AA, Boke O, Dundar C, Sahin AR, Peksen Y. The attitude of medical students to psychiatric patients and their disorders and the influence of psychiatric study placements in bringing about changes in attitude. Isr J Psychiatry Relat Sci. 2007;44(3):204–12.

28. Adriaensen K, Pieters G, De Lepeleire J. [Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature]. Tijdschr Psychiatr. 2011;53(12):885–94.

29. Mulder T, de Reus R. [Psychiatric illness does not protect against a somatic disease]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2001 Jul 14;145(28):1333–6.

30. 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 Jun;71(707):e450–7.

31. 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.

32. Buszewicz MJ, Chew-Graham C. Improving the detection and management of anxiety disorders in primary care. Br J Gen Pract. 2011 Aug;61(589):489–90.

TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1: Resultaten audit cyclus 1 – Groepspraktijk Tremelo

Tabel 2: Resultaten audit cyclus 1 – Het Dessels Doktershuis

Tabel 3: Resultaten audit cyclus 1, 'Reden van contact' – Het Dessels Doktershuis

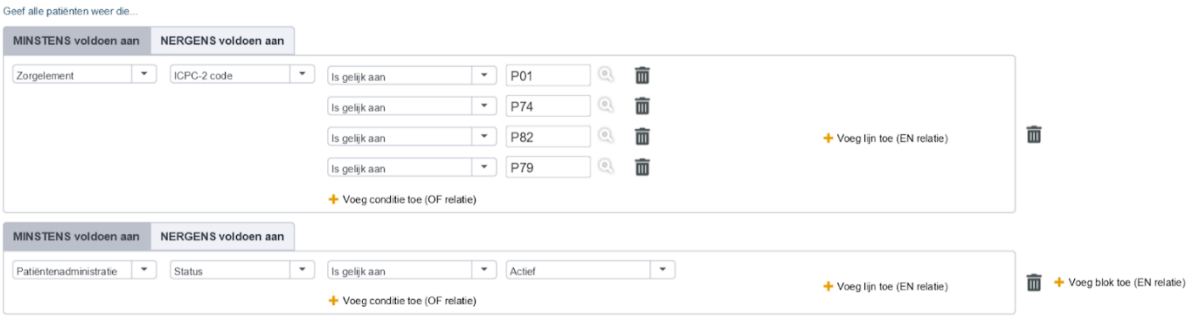
Tabel 4: Resultaten audit cyclus 1, 'Evaluatie van contact' – Het Dessels Doktershuis

Tabel 5: Overzicht SSRI's

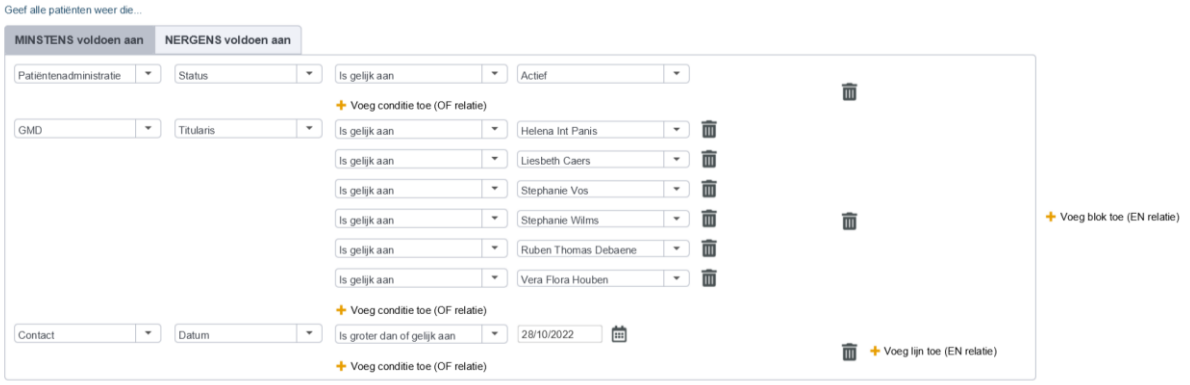
BIJLAGE 1: AUDITSTRATEGIE CYCLUS 1

De basis van onze audit in cyclus 1 betreft zorgelementen, gelijk aan een element uit ICPC2-codegroepen P01 (“angstig/nerveus/gespannen gevoel”), P74 (“angststoornis/angsttoestand”), P82 (“posttraumatische stressstoornis”) of P79 (“Fobie/dwangstoornis”) Op deze manier dekken we alle angstklachten en -stoornissen waarvoor ICPC2-codering bestaat. Het moet patiënten betreffen die de praktijk nog raadplegen; “actieve” patiënten.

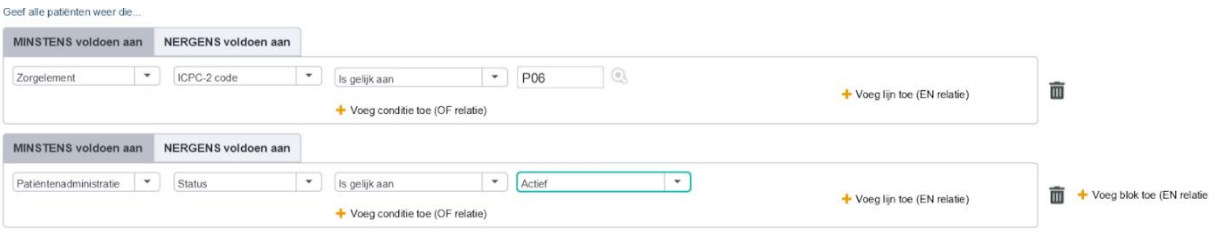
Bij “Groepspraktijk Tremelo” worden patiënten die reeds meer dan drie jaar geen contact meer hebben gehad met de praktijk (consultatie, telefonisch contact, geneesmiddelenvoorschrift), handmatig door het secretariaat gearchiveerd.



Voor “Het Dessels Doktershuis” verschilt de strategie om actieve patiëntendossiers te selecteren, omdat medische dossiers niet op regelmatige basis gearchiveerd worden. Er werd daarom geopteerd om te zoeken via status ‘actief’ bij patiëntenadministratie, met als GMD-houdend arts één van de deelnemende artsen en waarbij er nog een contact geregistreerd werd gelijk of groter dan de datum 28-10-2022.



Met bovenstaande methode missen we echter de Thesaurustermen met ICD10-codes F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”), die zich bevinden onder ICPC2-codegroep P06 (“slaapstoornis”). Gezien CareConnect niet toelaat een audit uit te voeren met specifieke thesaurustermen uit de ICD10-codering, voeren we een aparte audit uit als volgt;



We controleren handmatig de geselecteerde patiënten en houden enkel rekening met patiënten met ICD10-codes F51.4 (“nachtelijke angst”) en F51.5 (“nachtelijke angstdroom”)

BIJLAGE 2: LEIDRAAD 'GROEPSPRAKTIJK TREMELO'

LEIDRAAD: EERSTE AANPAK VAN ANGST

Op basis van praktijknoden, na cyclus 2

BEGRIPPEN

- **Angst**: Normale reactie op reële dreiging. Fight, flight, fright.
- **Angstklachten**: Normale reactie op belangrijke stressor (bv. gezin, werk, gezondheid)
- **Abnormale angst**:
    - Ernstige/langdurige angst, inadequaat, niet-invoelbaar bij minimale/geen stressor
    - Onjuiste cognities, disfunctioneel copinggedrag (vermijdingsgedrag!)
    - Continuüm: geen afkapwaarde. Grens ligt waar pt, naaste of arts die legt
- **Angststoornis** = abnormale angst + aanhoudend lijden, belemmering functioneren

EPIDEMIOLOGIE

- CAVE comorbiditeit; "depressie komt nooit alleen", "angststoornis komt nooit alleen". Ernstiger verloop, slechtere prognose, ook onderliggende angst behandelen.

DIAGNOSTIEK

- Angstklacht ≠ angststoornis
- Signalen: frequente consultaties zonder somatisch substraat, angstklachten in VG, depressieve klachten, vraag naar kalmeermiddelen, zelfmedicatie (alcohol)
- **Anamnese**
    - Oriëntatie: "Voelt u zich gespannen of angstig?" "Storen deze gevoelens u?"
    - Exploratie: SCEGS-model
        - Somatisch: middelengebruik, lichamelijke klachten (NB: toch somatische oorzaak of medicamenteus geïnduceerd?)
        - Cognitief: Suïcidale ideatie? Waar heeft men bang voor?
        - Emotioneel: Welke emoties ervaart pt?
        - Gedrag: Vermijdingsgedrag?
        - Sociaal: Netwerk?
    - Differentiatie met depressie, somatisatie en spanningsklachten: 4DKL-vragenlijst (Link)
    - Ernstinschatting: functioneren, lijdensdruk, impact van vermijdingsgedrag
- **Klinisch/technisch onderzoek**
    - Enkel bij aanwijzingen onderliggend somatisch lijden
    - Bij hypochondrie: 1. Gericht, 2. Naar noden patiënt, 3. Niet herhaald
- **Conclusie**: angstklacht versus angststoornis

BEHANDELING

Diagnose (ICPC-code)		Stap 1	Stap 2	Stap 3
Angstklachten (P01)		Voorlichting, evt. PST		
Angststoornis (P74)	• Gegeneraliseerde-angststoornis (P74.02) • Sociale fobie (P74.01) • Paniekstoornis met of zonder agorafobie (P74.01)	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT (ggz) of antidepressivum
	• Specifieke fobie (P79.1) • Hypochondrie (P75)	Voorlichting	CGT (zelfhulp)	CGT (ggz)
	• PTSS (P02.01)	Voorlichting en verwijzen (CGT of EMDR)		
	• Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) (P79.2)	Voorlichting en verwijzen		

Afkortingen: CGT: cognitieve gedragstherapie - EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing – PST: Problem Solving Treatment

Voorlichting

- Angstklachten: Uitleg van frequentie en verbetering met de tijd. Uitleg belastbaarheid
- Angststoornis: Uitleg van frequentie en afwezige spontane verbetering. Uitleg vicieuze cirkel tussen cognities en gedragingen.

Niet-medicamenteuze aanpak

- Huisarts: Ingaan op vicieuze cirkel tussen cognities en gedragingen. Voorbeelden:
    - Cognities:
        - Angstgedachten beoordelen, realistischere gedachten tegenover plaatsen, angst laten wegebben.
        - Angstdagboek: Bijhouden van dagboek met situatie, gevoel, automatische gedachte.
    - Gedragingen:
        - Vermijdingsgedrag: exposure in vivo
        - Angstreducerend gedrag: geleidelijke afbouw

  Bij onvoldoende verbetering: verwijzing tweede lijn. Geen effect van ontspanningsoefeningen, wel van mindfulnessmeditatie
- Zelfhulp: boeken en online, bv angsthulp.be/zelfhulp (Gratis, CGG Kempen)
- Psychotherapie: cognitieve gedragstherapie

Medicamenteuze aanpak

- Angstklachten: Geen medicatie. Uitzondering: propranolol incidenteel bij plankenkoorts
- Angststoornis:
    - SSRI > TCA: evenwaardig effect en gunstiger neveneffectenprofiel bij SSRI. Geen voorkeursmiddel binnen de SSRI's. Bij sociale angststoornis geen literatuur met TCA
    - Start low, go slow. CAVE initiële angsttoename, CAVE suicidaliteit bij jongvolwassenen. In begin wekelijkse controles
    - Geen effect na 6 weken op maximale dosis? → Switch naar tweede SSRI (geen voordeel TCA)
    - Afbouw onder begeleiding en met afbouwtabellen

VERWIJZING PSYCHIATRIE

- Verwijzen bij:
    - Diagnostisch probleem
    - Onvoldoende effect behandeling na 8 à 12 weken
    - Suïcidaliteit
    - Ernstig lijden of sociaal disfunctioneren dat slecht beïnvloedbaar is
    - Plaatsbepaling van antidepressiva bij zwangerschap of lactatie
    - Posttraumatische stressstoornis
    - Obsessief-compulsieve stoornis

SOCIALE KAART: CONTACTGEGEVENS PSYCHOTHERAPEUTEN

- Psyche en Flow. Schrieksebaan 53 00.02, 3120 Tremelo. 016/41.87.70
- Ellen Govaerts. Grote Bollostraat 196, 3120 Tremelo. 0477/57.48.65

BIJLAGE 3: LEIDRAAD 'HET DESSELS DOKTERSHUIS'

Op basis van de NHG-richtlijn 'Angst' – opgesteld op 28 februari 2025

Visie praktijk: Laagdrempelige zorg, in een context waar de patiënt zich veilig voelt, en waar naast medicamenteuze ondersteuning ook een luisterend oor geboden wordt.

Alertheid: Denk aan de mogelijkheid van angstklachten of een angststoornis bij somatisch onverklaarbare lichamelijke klachten of frequente raadplegingen.
Taak huisarts: De huisarts is belangrijk als eerste aanspreekpunt, helpt bij het stellen van de diagnose en het inzetten van een behandeling. Daarnaast heeft de huisarts ook een rol in het centraliseren van de zorg.

Diagnostische hulpmiddelen

- **SCEGS-model:** Op een gestructureerde manier informatie bevragen met aandacht voor de somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie van de klachten.
- **4DKL (Vierdimensionale Klachtenlijst):** Zelfrapportage lijst met items die de afgelopen 7 dagen bevragen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een angststoornis, een depressie, spanningsklachten (distress) en somatisatie.

Behandeling



- **Voorlichting:** Thuisarts.nl
- **Zelfhulpsites:**
  - Nederlandstalig: Wijzijnmind.nl of Angsthulp.be
  - Engelstalig: Nhs.uk/every-mind-matters
- **Medicatie:** Voorkeur SSRI's boven TCA's (kleiner risico ernstige bijwerkingen)
  - Valkuil: Te snel grijpen naar medicatie
  - Leg aan de patiënt uit dat het een paar weken duurt voordat de medicatie begint te werken en dat de behandelduur minstens 6 tot 12 maanden duurt. Bespreek vooraf de mogelijke bijwerkingen en plan een follow-up contact na 1 à 2 weken. Bouw langzaam en onder begeleiding weer af.
  - Switch tabel antidepressiva: https://www.psychiatrienet.nl/switchtabel
  - Overzicht SSRI's: gelijkaardig qua werking, keuze op basis van profiel patiënt

SSRI	Voordeel	Nadeel	Opmerking
Sertraline	Eerste keuze bij ouderen Lineaire farmacokinetiek Weinig interacties	Slaapstoornissen Maagklachten Seksuele dysfunctie	
Escitalopram	Goede tolerantie	QT-verlenging	
Citalopram	Mogelijk bij ouderen Weinig interacties	QT-verlenging Gevaarlijk bij overdosis	
Fluoxetine	Gewichtsverlies Activerend Minste seksuele bijwerkingen	Agitatie (angst) Slaapstoornis	Lange halfwaardetijd
Fluvoxamine		Slechte tolerantie Gastro-intestinale bijwerkingen Sederend	
Paroxetine		Anticholinerge effecten Sederend Gewichtstoename Libidoverlaging	

BIJLAGE 4: PERSOONLIJKE REFLECTIE INDIVIDUELE HAIO'S

PETER CEUPPENS

Voor deze masterthesis werkte ik samen met collega-haio Sigrid Sanders aan een praktijkverbeterend project in de huisartsenpraktijk, met als focus de herkenning en eerste aanpak van angst. Het onderwerp lag me nauw aan het hart: psychische zorg in de eerste lijn blijft een gevoelig, vaak onderbelicht domein binnen de huisartsgeneeskunde. Ik had dit projectvoorstel zelf aangebracht en was gemotiveerd om het grondig en praktijkgericht aan te pakken. Mijn collega en ik kenden elkaar nog niet op voorhand, en dat zorgde meteen voor een eerste uitdaging: hoe vorm je op korte tijd een werkbare samenwerking met iemand die je nog niet kent?

Aanvankelijk verliep onze samenwerking vlot. We vonden snel een gedeelde interesse in psychische zorg en organiseerden het project via online overlegmomenten, gedeelde documenten en regelmatige afstemming via berichten en videochats. Er was ruimte voor elkaars ideeën, en de communicatie verliep constructief. Gaandeweg merkten we echter dat onze benadering van het project op bepaalde punten verschilde. Waar ik zelf de neiging had om het studieprotocol strikt te volgen, ging Sigrid hier wat losser mee om. Dat leidde af en toe tot misverstanden over de werkwijze en de structuur van het project. We vertrokken allebei vanuit goede bedoelingen, maar met verschillende verwachtingen, wat soms tot wrijving leidde.

Deze verschillen vroegen om heldere afspraken, maar het bleek niet eenvoudig om die zelfstandig uit te werken. De tussenkomst van onze promotor bleek op dat moment erg waardevol. Dankzij die begeleiding konden we opnieuw afstemmen en met hernieuwd vertrouwen verder werken. Voor mij persoonlijk was dat een kantelmoment: het bracht rust en hielp me om het verdere verloop met meer vertrouwen tegemoet te zien.

Inhoudelijk nam ik gaandeweg een meer structurerende rol op binnen het project. Ik bewaakte de rode draad en trachtte ervoor te zorgen dat we het protocol zoveel mogelijk bleven volgen. In de latere fases van het schrijven nam ik ook een groot deel van de eindredactie op mij, waaronder het abstract en de discussiesectie. Dit sloot het best aan bij onze respectievelijke sterktes. Het gaf me voldoening om op die manier bij te dragen aan de kwaliteit en samenhang van het eindproduct, ook al vroeg het extra inspanning.

Een van de meest uitdagende aspecten van dit groepsproject was het omgaan met verschillen in werkstijl en interpretatie van wetenschappelijke nauwkeurigheid. Het vergde niet alleen inhoudelijke inspanning, maar ook geduld en het vermogen om constructief bij te sturen. Daarin heb ik veel geleerd, onder andere over mijn eigen manier van reageren op samenwerkingsspanningen. Ik merkte dat ik in onzekere situaties geneigd ben verantwoordelijkheid op te nemen, maar ook dat het belangrijk is om daarbij mijn eigen grenzen in de gaten te houden.

Mijn motivatie hield ik op peil door regelmatig te reflecteren met mijn praktijkopleider over het proces. Die externe klankbordfunctie hielp me om frustraties te relativeren en me te blijven focussen op het grotere doel. Nu het project afgerond is, voel ik vooral opluchting, maar ook een zekere trots. Ondanks de hindernissen onderweg kijk ik met tevredenheid terug op wat we samen gerealiseerd hebben.

Wat dit project vooral bijzonder maakt, is de directe relevantie voor het werkveld. Angstklachten komen vaak voor in de huisartsenpraktijk, maar worden lang niet altijd systematisch herkend of aangepakt. Onze studie richtte zich precies op het verbeteren van die praktijk: het aanreiken van handvaten voor een meer gestructureerde en toegankelijke zorg bij angstproblematieken in de eerste lijn. Dat maakt het project niet alleen academisch interessant, maar ook en vooral praktisch bruikbaar.

Doorheen dit traject ben ik me nog meer bewust geworden van de kwetsbaarheid van psychische zorg in de eerstelijnssetting. Veel huisartsen worstelen met tijdsdruk, beperkte doorverwijsmogelijkheden en onzekerheid over aanpak. Tegelijk leerde dit project me dat zelfs kleine aanpassingen – zoals kennis over gesprekstechnieken of samenwerking met andere disciplines – een groot verschil kunnen maken. Dat inzicht neem ik zeker mee naar mijn toekomstige praktijk.

Tot slot hoop ik dat onze thesis ook anderen kan inspireren om het thema angst met meer aandacht te benaderen in de dagelijkse praktijk. De eerstelijnszorg speelt een sleutelrol in de vroegtijdige herkenning en begeleiding van psychische klachten. Als onze studie daartoe een bijdrage kan leveren, hoe bescheiden ook, dan beschouw ik dit project als geslaagd.

SIGRID SANDERS

I'm afraid of elevators. So I take steps to avoid them.

Met deze oneliner heb ik mijn opleidingspraktijk kunnen overtuigen deel te nemen aan dit praktijkverbeterend project; al is - zoals u reeds hebt gelezen - vermijdingsgedrag niet de oplossing bij aanpak van angstklachten.

Samen met mijn duo-partner, Peter Ceuppens, hebben we een kleine drie jaar gewerkt rond de eerste aanpak van angstklachten in de huisartsenpraktijk in de vorm van een praktijkverbeterend project. Tijdens het maken van deze masterproef hebben we enkele hobbels in de weg ervaren, maar op het eindproduct zijn we beiden trots. In dit reflectieverslag neem ik u graag mee in het parcours dat we samen hebben afgelegd.

Toen ik pas gestart was als huisarts-in-opleiding, is een jonge patiënte uit de praktijk overleden door suïcide. Dit heeft een immense indruk nagelaten en bij mijzelf kwam ook de prangende vraag naar boven: Hoe kan ik patiënten die worstelen met suïcidale gedachten het beste begeleiden? Voor deze masterproef wilde ik initieel een e-learning rond suïcidaliteit ontwikkelen, maar er bleken al goede hulpmiddelen te bestaan. Prof. Dr. Van Nuland stelde voor om een duo-thesis te maken, samen met iemand die ook gepassioneerd is door psychische zorg. Samen met Peter ging ik aan de slag rond de eerste aanpak van angstklachten in de huisartsenpraktijk.

Voor mijzelf was het in het begin moeilijk dat het project kleinschalig was. Ik heb ook gewerkt als student-onderzoeker en ik was klaar voor 'mijn eigen grote project!'. Ik had verschillende omvangrijke ideeën, die door onze toenmalige promotor wel getemperd moesten worden naar haalbaarheid toe voor een masterproef. Uiteindelijk ben ik zeer tevreden met het eindproduct en alle kennis die ik nu verworven heb. En dat 'grote project'… dat komt er zeker nog!

Ik wil mijn collega Peter graag bedanken, omdat ik veel van hem heb bijgeleerd. De samenwerking heeft zijn hoogtes en laagtes gekend, maar uiteindelijk heeft een duo-thesis veel leerkansen geboden. Iets wat ik wel meeneem, is het belang van je partner goed te kennen als je samenwerking aangaat. Wij hebben direct volmondig 'ja!' gezegd toen er gevraagd werd of we als duo aan de slag wilden gaan, zonder er verder bij stil te staan. Uiteindelijk bleken we zeer verschillend te zijn, wat voor enkele uitdagingen heeft gezorgd. Het is belangrijk om te weten: Wie is je partner? Wat zijn zijn verwachtingen? Wat is voor jou belangrijk en wat voor je partner: kun je hier een compromis in vinden?

Een uitdaging die we hebben ervaren was om een praktijkverbeterend project synchroon te laten verlopen. Ik heb sterk ingespeeld op noden die naar boven kwamen vanuit mijn opleidingspraktijk, omdat het ook een praktijkverbeterend project is. Peter heeft zich daarentegen strikt gehouden aan het vooropgestelde plan. Onze promotor heeft ons hier goed in kunnen begeleiden, om tot een compromis te komen. Een factor die hier ook mee heeft gespeeld is een wijziging in mijn stageplanning, waardoor het onderzoek in een andere praktijk heeft plaatsgevonden.

Daarnaast is het voor mij belangrijk om ook in het echt af te spreken en volop samen te brainstormen. Het overleg is nu verlopen via webcam en e-mail, en ik denk dat dit toch een barrière vormt om dieper in te gaan op ideeën en verwachtingen. Misverstanden kunnen zo voorkomen worden.

De taakverdeling tussen ons beiden is spontaan tot stand gekomen, gebaseerd op onze individuele sterktes. Mijn sterktes zijn het initiatief nemen en ideeën aanbieden. Peter zijn sterktes liggen in structuur bieden en correct taalgebruik. Onze verschillen bleken later een grote meerwaarde te zijn, omdat we elkaar goed aanvullen. In deze masterproef wordt meestal een opsplitsing gemaakt tussen beide onderzoekspraktijken, zodat u ook duidelijk kan volgen hoe we beiden te werk zijn gegaan. Ik heb tijdens de beginfase meer taken op mij genomen, zoals bijvoorbeeld het voorafgaand wetenschappelijk onderzoek. Peter heeft tijdens de eindfase meer taken op zich genomen, zoals het schrijven van het abstract.

Met deze thesis wil ik graag tonen dat we als huisarts een belangrijke rol kunnen opnemen bij de eerste aanpak van angstklachten omdat we vaak het eerste aanspreekpunt zijn. Een huisarts kan de diagnose stellen en reeds een behandeling in gang zetten in de vorm van voorlichting, zelfhulp adviezen of medicamenteuze ondersteuning bij ernstige of persisterende klachten. Het is zinvol om dit te coderen in het medische dossier, zodat angstklachten opgevolgd kunnen worden. Een praktijkspecifieke leidraad ontwikkelen heeft het voordeel dat men niet verdwaald geraakt in informatie die als reeds gekend wordt ervaren, maar dat men direct concrete handvaten terugvindt waarmee men aan de slag kan.

Tot slot wil ik graag mijn opleidingspraktijk, ‘Het Dessels Doktershuis’, bedanken voor al hun inzet. Zonder jullie fantastische steun, input en bijstand; had deze masterthesis niet tot stand kunnen komen. Dankuwel.

BIJLAGE 5: STUDIEPROTOCOL

KU LEUVEN UZ LEUVEN

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

Template 2022.12

MASTERPAPER PROTOCOL:
PROSPECTIVE STUDY
USING OTHER NON-SPECIFIED RESEARCH DESIGN

1. APPLICANTS

Protocol - full title	Korte interventies in de huisartsenpraktijk voor de eerste aanpak van angstklachten
Version 1: Date submission	Date: 30/11/2023
Version 2: Date resubmission	(to add in case of resubmission) Date:Click here to enter a date.
Version 3: Date third submission	(to add in case of third submission) Date:Click here to enter a date.
Principal Investigator – Promotor	**Name: Prof. Dr. Van Nuland Marc**
	Telephone:
	E-mail: marc.vannuland@kuleuven.be
Following both questions should be answered:	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. *YES*	
The supervisor has read and approved the submission for ethics approval. *YES*	
Co-Investigator – Co-Promoter	**Name: /**
	Telephone: /
	E-mail: /
The co- investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015. YES □ NO □	
Sub-investigator – Student(s)	**Name: Sanders Sigrid**
	Student number: s0203153
	Telephone: 0496065441
	E-mail: sigrid.sanders@student.kuleuven.be

Name: Ceuppens Peter

Student number: r0591275

Telephone:

E-mail: peter.ceuppens@student.kuleuven.be

2. BACKGROUND AND RATIONALE

Explain the background and scientific relevance of the planned research. This should be done in a sufficiently elaborated way so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project. References can be added at the end of this template.

De prevalentie van angstklachten en -stoornissen in de Belgische populatie is hoog. Zo'n 7.7% van de mannen en 12.5% van de vrouwen worstelen met een of meerdere van de stoornissen uit deze groep van psychiatrische aandoeningen. Bij een angststoornis is er sprake van 'abnormale', maladaptieve angst. In normale omstandigheden beschermt angst ons tegen gevaren; bij een angststoornis bevindt men zich in een toestand die intens en langdurig is, met belemmering van het psychische en sociale functioneren. Vaak wordt er niet rechtstreeks om hulp gevraagd, maar presenteert de patiënt zich met somatische klachten.(1)(2)

De wachtlijsten voor psychische en psychiatrische zorg zijn lang. Bij wie moet wachten op gepaste zorg, bestaat de kans op verergering van de klachten en zien we bovendien de motivatie tot aanpak van het probleem dalen.(3) In die context wordt de rol van de eerste aanpak in de huisartsenpraktijk steeds belangrijker.

We merken in de praktijk dat huisartsen weinig handvaten hebben in de eerste aanpak van deze problematiek. Men ervaart weinig ondersteuning gezien de onbeschikbaarheid van psychologen en psychiaters, waardoor er in afwachting van intake aldaar snel gekozen wordt voor de opstart van medicatie zoals benzodiazepines en SSRI's.

3. STUDY OBJECTIVES

Explain the aims and objectives of your study. Describe the research questions and hypotheses of your study.

Betere codering van angstklachten in het medisch dossier.
Welke technieken gebruikt de huisarts in de eerste opvang van angstklachten? Welke technieken zijn beschikbaar en kan hij aanwenden? Op welke barrières stuit hij bij het toepassen ervan?

We trachten te komen tot een leidraad die de huisarts kan aanwenden bij de confrontatie met een patiënt met angst, nog voor die terecht kan in meer gespecialiseerde zorg, veelal onder de vorm van psycholoog of psychiater. Deze leidraad is dan beschikbaar en klaar voor gebruik zo nodig, bijvoorbeeld via een praktijkoverkoepelende 'shared folder'.

I. RESEARCH METHOD

Present the research design and explain potential ethical implications of the planned methodology.

We voeren implementatieonderzoek van het subtype 'praktijkverbeterproject' uit. We implementeren de meest recente richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) 'Angst' (gepubliceerd 04/2019, laatste aanpassing 05/2019, heden in herziening)(1) in de aanpak van angstklachten en brengen de eerste ervaringen hiermee in kaart.

We benadrukken dat het hier niet gaat om een specifieke interventiestudie met hypothesetoetsing; we onderzoeken dus niet het effect van bepaalde interventies op specifieke patiënten maar trachten de praktijkwerking te verbeteren op basis van de NHG-richtlijn.

Meer concreet doorlopen we twee PDSA-cycli (Plan-Do-Study-Act);

CYCLUS 1

We starten met een gesprek om tot een consensus te komen betreffende de codering van angstklachten in het medisch dossier. We vragen de deelnemende artsen gedurende drie maanden voor alle patiënten met angstklachten die zich aandienen op de raadpleging, de klachten en eventuele stoornis correct te coderen. Na 3 maanden gaan we na hoe de codering is verlopen en trachten we in gesprek te gaan over moeilijkheden die men ervaart bij het begeleiden van patiënten met een angstproblematiek.

- Plan:
  - Bespreken hoe we diagnosen gaan coderen in het medisch dossier en komen tot een gedragen coderingsmethode.
  - Vastleggen van een evaluatiemoment na 3 maanden.
- Do:
  - Coderen van angstklachten en -stoornissen in het medisch dossier gedurende 3 maanden.
  - Er wordt een audit uitgevoerd bij de start en na deze drie maanden, om na te gaan of er meer angstklachten geregistreerd worden.
- Study:
  - Nagaan wat artsen moeilijk vinden in deze eerste aanpak.
  - Nagaan hoe de codering verlopen is
- Act:
  - Definitieve praktijkintegratie van gedegen codering

Op basis van de ervaringen en feedback die we krijgen van de deelnemende artsen stellen we een leidraad op papier op, ongeveer één pagina lang. Deze is gebaseerd op de aanbevelingen van de

NHG-richtlijn en specifiek aangepast aan de noden van de moderne huisarts. Deze leidraad wordt ter beschikking gesteld via een praktijkoverkoepelende shared folder.

CYCLUS 2

In de tweede cyclus lichten we de NHG-standaard angst toe en lichten we de leidraad toe, waarna we de artsen vragen deze leidraad gedurende drie maanden toe te passen, zo zinvol geacht. Na drie maanden evalueren we hoe het gebruik van de leidraad verlopen is, of er moeilijkheden opgedoken zijn, of men de indruk heeft dat hun beleidskeuzes veranderd zijn en wat nuttige wijzigingen aan de leidraad kunnen zijn. We passen de leidraad aan op basis van deze opmerkingen en stimuleren tot een definitieve praktijkintegratie.

- Plan:
  - Artsen informeren over de kernboodschappen van de NHG-richtlijn 'Angst' en toelichten van de door ons opgestelde leidraad.
- Do:
  - Usual practice met toepassing van de leidraad zo zinvol geacht door de deelnemende artsen.
- Study:
  - Evalueren hoe de toepassing verlopen is, nagaan of het beleid van de artsen veranderd is (kwalitatief), voor- en nadelen van het gebruik van een leidraad nagaan, opmerkingen betreffende aanpassingen van de leidraad bespreken.
- Act:
  - Aanpassingen van de leidraad op basis van feedback van de deelnemende praktijken. De definitieve leidraad kan ook verschillen tussen de 2 deelnemende praktijken, afhankelijk van de visie van de praktijk.
  - Definitieve praktijkintegratie

5. SELECTION AND WITHDRAWAL OF PARTICIPANTS

5.1 Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate in the study.

Het onderzoek zal uitgevoerd worden in de groepspraktijken waar wij als HAIO werkzaam zijn. We includeren geen individuele patiënten, wel de artsen die door de patiënten geconsulteerd worden.

5.2 Sample size and population

Give the number of participants to be enrolled, together with the rationale for the sample size and how it relates to the total population. Does the ratio between sample size and population size makes it easy to identify participants? In case of working with a small population describe which measures will be taken to prevent re-identification.

- Artsenpraktijk 'De Drempel', Lommel: 5 vaste artsen + HAIO (onderzoeker)
- 'Groepspraktijk Tremelo', Tremelo: 5 vaste artsen + HAIO (onderzoeker)

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how this will happen, and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of the informed consent form.

1. Hoe zal de deelnemer worden geïnformeerd?

In de eerste fase van elke cyclus ('Plan') worden de artsen uitgebreid geïnformeerd over de cyclus. In de derde fase van elke cyclus ('Study') wordt er uitgebreid geëvalueerd samen met de artsen. Resultaten van de laatste fase ('Act') worden teruggekoppeld.

2. Hoe zal de deelnemer het onderzoek ervaren?

- Positief: Kwaliteitsverbetering in de praktijk. Zich beter gewapend voelen bij confrontatie met een patiënt met angstklachten.
- Negatief: Beperkte tijdsinvestering voor het coderen van de angstklachten. Enkele opvolg momenten waarbij we eerst ons onderzoek gaan toelichten, kijken waar de moeilijkheden liggen, het presenteren van de NHG-richtlijn angst en onze leidraad, en tot slot een eindevaluatie met aanpassing van de leidraad en hopelijk definitieve praktijkintegratie.

5.4 Expected duration

Specify the expected duration of the whole study, and define the beginning and ending of the study for the study participant.

De studie zal starten na goedkeuring door de ethische commissie.

- Artsenpraktijk 'De Drempel', Lommel: 1 januari 2024 tot en met 31 maart 2024 (cyclus 1) en 1 mei tem 31 juli 2024 (cyclus 2)
- 'Groepspraktijk Tremelo', Tremelo: 1 april 2024 tot en met 30 juni 2024 (cyclus 1) en 1 oktober 2024 tot en met 31 december 2024 (cyclus 2)

6. ANALYSIS

Describe methods for data analysis in detail. Describe the measures taken to avoid, or at least minimize, biases.

Nagaan hoe patiënten met angstklachten worden gecodeerd in het medisch dossier.

Voor en na cyclus 1 een AUDIT om na te gaan of er meer angstklachten en -stoornissen geregistreerd werden in de patiëntendossiers.

Daarnaast worden kwalitatieve gegevens verzameld met betrekking tot de ervaringen in de omgang met patiënten met angstklachten en het gebruik van de leidraad.

7. DATA HANDLING AND MANAGEMENT

7.1 Data storage and management

Explain which type of data you are using, how the privacy of the participants is being protected (e.g. pseudonymisation or anonymization), how the data is safely stored, how the data is safely shared and what will happen to the data at the end of the project.

Bij het uitvoeren van dit onderzoek verbinden de studenten zich tot volgende geheimhoudingsplicht:

- Hij/zij aanvaardt, gedurende en na de beëindiging van de masterproef, **de discretieplicht zoals hen bezorgd door zijn/haar promotor strikt in acht te nemen** met betrekking tot de Informatie die hij/zij verzameld heeft en de activiteiten waaraan hij/zij heeft deelgenomen, en met betrekking tot de patiënten, gezonde vrijwilligers en de personeelsleden met wie hij/zij in contact komt.
- Hij/zij zal enkel gegevens verwerken en verzamelen die **relevant** en **noodzakelijk** zijn voor zijn/haar masterproef.
- Hij/zij zal **geen gegevens delen** met personen die niet rechtstreeks betrokken zijn bij zijn/haar onderzoek; enkel de **student**, eventuele groepsleden en zijn/haar **promotor** hebben toegang tot de gegevens.
- Hij/zij zal alle **nodige maatregelen** nemen om de vertrouwelijkheid van informatie en de privacy van betrokkenen te beschermen.
- Hij/zij zal **zorgvuldig en verantwoord** en met de **nodige voorzichtigheid** omgaan met de Informatie en met de verleende toegang tot informatiesystemen en digitale gegevensdragers.
- Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de **vertrouwelijkheid**, de **opslag** en het **delen** van bestanden.
- Hij/zij gaat met zijn docent of promotor in gesprek over de **vertrouwelijkheid**, de **opslag** en het **delen** van bestanden. Hij/zij hanteert **anonimisering** of **pseudonimisering** om zo vroeg mogelijk in het traject de risico's en gevolgen van datalekken en dataverlies te beperken.
- Indien er gebruik gemaakt wordt van pseudonimisering zal hij/zij de **pseudonimisatiesleutel** of de **coderingstabel** die de pseudoniemen en de identificeerbare informatievelden bevat, met **dezelfde vertrouwelijkheid** als de oorspronkelijke data behandelen. De sleutel of coderingstabel bewaart hij/zij **nooit op hetzelfde apparaat** (laptop of desktop) **als het werkbestand** of de database die de gepseudonimiseerde gegevens bevat.
- Hij/zij zal waar mogelijk een **project- of teamgebonden opslaglocatie** gebruiken voor het opslaan en uitwisselen van gegevens en probeert hier in eerste instantie via zijn/haar promotor beroep te doen op een interne of externe dienst van KU Leuven of UZ Leuven om de gegevens veilig te bewaren. Indien dat niet mogelijk is, zal hij/zij de verzamelde data bewaren op OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, op REDCap, aangeboden door KU Leuven en UZ Leuven, of op een met wachtwoord versleuteld toestel. Toepassingen zoals **Google drive, een persoonlijke OneDrive** (met uitzondering

van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of **WeTransfer** worden **te allen tijde vermeden.**

- Hij/zij zal vertrouwelijke informatie en bestanden steeds versleutelen met een **wachtwoord, tweestapsverificatie** of **gespecialiseerd programma** zoals 7-Zip of AEScrypt.
- Hij/zij zal bij het **versturen van een kopie** van strikt vertrouwelijke gegevens deze steeds **versleutelen** met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender.
- Hij/zij zal bij (vermoeden van) een **datalek** zo snel mogelijk contact opnemen met zijn/haar promotor.

Voor de verzameling en opslag van de data maken we gebruik van een persoonlijke computer, beveiligd met een sterk wachtwoord.

7.2 Declaration of Confidentiality and Careful Management of Information and Personal Data

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Alle data zullen tijdens het project vertrouwelijk en met de nodige zorgvuldigheid behandeld worden. In functie van onze onderzoeksvraag zullen volgende gegevens onderzocht worden: het aantal patiënten die gezien werden met angstklachten en er worden kwalitatieve gegevens verzameld met betrekking tot de voor -en nadelen van het gebruik van de nhg-richtlijn.

Enkel relevante informatie wordt verzameld en dit wordt beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden van de onderzoeksvraag. De informatie die met behulp van het onderzoek wordt verkregen, zal op een gestructureerde wijze in een beveiligd computerdocument verzameld worden. Indien mogelijk zal dit bestand bewaard worden in een project- of teamgebonden opslaglocatie op een server van KU Leuven of UZ Leuven, in OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven, of in REDCap. Zo niet, wordt een persoonlijke computer gebruikt die beveiligd is met een wachtwoord, tweestapsverificatie of gespecialiseerd programma zoals 7-Zip of AEScrypt.

Gegevens die identificatie van participanten mogelijk maken zullen worden gepseudonimiseerd. Dit betekent dat de persoonsgegevens op zo'n manier zullen worden verwerkt dat deze niet langer kunnen worden toegeschreven aan een specifiek persoon zonder het gebruik van aanvullende informatie. De directe link tussen de betrokkene en de dataset wordt evenwel niet verbroken, maar wordt gecodeerd a.h.v. een code. Deze code bevat noch de naam, noch de initialen, noch elementen die zouden kunnen leiden tot identificatie (bvb. geboortedatum of geboorteplaats). De codes zullen bewaard worden in een apart en versleuteld bestand, dat enkel in het bezit is van de promotor(en) en de betrokken studenten. Dit bestand zal niet op dezelfde laptop of desktop bewaard worden als de databestanden.

Er worden noch audio-, noch video-opnames gemaakt of opgeslagen.

Bij het versturen van een kopie van vertrouwelijke informatie of documenten zullen deze

steeds versleuteld zijn met een wachtwoord of unieke code. Voor het verzenden van grote bestanden wordt gebruik gemaakt van Belnet Filesender. Toepassingen zoals Google Drive, een persoonlijke OneDrive (met uitzondering van OneDrive for Business, aangeboden door KU Leuven) of WeTransfer worden te allen tijde vermeden. Na afloop van het project zullen de bestanden aan de promotor worden bezorgd die verder zal instaan voor een veilige bewaring ervan. Conform het beleid van de KU Leuven zullen deze bestanden 10 jaar bewaard blijven, nadien wordt opnieuw geëvalueerd of het als zinvol wordt beschouwd om de data nog langer te bewaren.

8. ASSESSMENT OF RISKS AND SAFETY

In case of safety issues (adverse events / serious adverse events) the student will promptly contact the Principal Investigator / Promotor who will be responsible for follow up. Please describe possible adverse events following your research and confirm that the name of the Principal Investigator and other relevant point of contacts have been integrated in the ICF to the participants.

Geen gekende veiligheidsrisico's.

9. APPROVAL

Data can only be collected if the head of the institution or department where the data will be collected has been informed of the study and has approved the study. If applicable, please confirm this approval and give the essential contact information.

Niet van toepassing

10. PUBLICATION POLICY

Please read carefully following section. By participating in this project you commit to following declaration.

Publications will be coordinated by the Principal Investigator. Authorship to publications will be determined in accordance with the KU Leuven policy on authorship.

11. DIRECT ACCESS TO SOURCE DATA AND DOCUMENTS

Please read carefully following section

The investigator(s) and the institution(s) will permit study-related monitoring, audits, ethical review and regulatory inspections (where appropriate) by providing direct access to source data.

12. REFERENCES

Please add references here

(1) NHG-werkgroep Angst. (2019, may). Angst. NHG standaard M62. Geraadpleegd op 10 april 2023, van https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst
(2) Koponen, H., Lepola, U. (Gescreend 2017). Angststoornis. Ebpracticenet. Geraadpleegd op 10 april 2023, van https://ebpnet.be/nl/ebsources/842?check_logged_in=1&searchTerm=angst
(3) Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP). (2019, july). Wachttijd 100 dagen bij psychische klachten. Geraadpleegd op 10 april 2023 https://www.upckuleuven.be/nl/nieuws/wachttijd-100-dagen-bij-psychische-klachten

13. ANNEXES

1. *A template of the **ICF** has been developed and is available on https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documenten or https://med.kuleuven.be/nl/obc/Documents_en. This must be used as a basis and adapted where necessary.*

   In case an alternative template is being used, a motivation should be provided here.
   Please copy your information letter here.

2. *All relevant information and documents regarding your research design*

3. *Every **advertisement, flyer, poster**, etc. that will be used in the study should be added.*
   *If recruitment will be done through **social media** or by **mail**, please also add the text or illustration that will be used.*

4. *Other (if applicable)*

BIJLAGE 6: GOEDKEURING ETHISCHE COMMISSIE



SCONE is het platform voor stages, masterproeven en keuzevakken van de KU Leuven Groep Biomedische Wetenschappen

Geachte Dr Marc Van Nuland,
Beste student Peter Ceuppens, Sigrid Sanders,
Betreffende masterproef "Korte interventies in de huisartsenpraktijk voor de eerste aanpak van angstklachten" (MP028921)

De verstrekte informatie toont aan dat voor het onderzoek in het kader van de masterproef geen beroep wordt gedaan op patiënten als proefpersoon en dat er geen gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal of persoonsgegevens.
Dit type onderzoek vereist geen goedkeuring van een gemachtigde commissie voor medische ethiek.
Onder voorbehoud van de volledigheid en correctheid van de door u verstrekte gegevens, krijgt u hierbij het akkoord om het onderzoek in het kader van de masterproef te starten. Deze mail dient als bewijs van goedkeuring mocht u uw onderzoek wensen te publiceren.

Wij willen u erop attent maken dat u zelf verantwoordelijk blijft voor uw onderzoek. Bovendien doet elke wijziging aan de door u verstrekte gegevens omtrent de onderzoeksopzet deze goedkeuring vervallen. U dient in dat geval een amendement te maken aan uw huidig dossier.
Veel succes!

Heeft u vragen? Kijk dan zeker eens bij de uitgebreide documentatie.

Questions? Check out our extensive documentation.

SCONE

KU LEUVEN