

PAUL RIJNDERS | MAARTEN COX | RICHARD STARMANS

Psychische klachten

IN DE
HUISARTSENPRAKTIJK

WERKEN MET HET KOP-MODEL



Boom

PSYCHISCHE KLACHTEN IN DE HUISARTSEN PRAKTIJK

WERKEN MET HET KOP-MODEL

Paul Rijnders, Maarten Cox en Richard Starmans

Boom

© 2018 P. Rijnders, M. Cox & R. Starmans, p/a Boom uitgevers Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich

wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bart van den Tooren
Verzorging binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 2442 265 4
NUR 777

www.kop-model.nl
www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord	9
-----------	---

Deel I – Het KOP-model

1	Het KOP-model in de huisartsenpraktijk	15
1.1	Psychische problematiek in de huisartsenpraktijk	15
1.2	De huisartsgeneeskundige visie en de rollen van de huisartsenpraktijk	16
1.3	Het kwetsbaarheids-stressconcept	18
1.4	Het KOP-model	20
1.5	Een casus ter illustratie	21
1.6	Conclusie	26
2	In vijf stappen van probleem naar oplossing: het KOP-model als stappenplan	28
2.1	Klachtvermindering	28
2.2	Vijf stappen	30
2.3	Stap 1: Herstel van overzicht	30
2.4	Stap 2: Samenhang, gezamenlijke probleemdefinitie	34
2.5	Stap 3: Formuleren van doelen en plan van aanpak	36
2.6	Stap 4: Uitvoeren plan van aanpak	38
2.7	Stap 5: Terugvalpreventie	42
2.8	Tot slot	42

Deel II – Aan de slag met casuïstiek

3	De druppel die de emmer doet overlopen; Toepassing met de nadruk op ‘omstandigheden’	45
3.1	Stap 1: Herstel van overzicht	46
3.2	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	49

3.3	Stap 3: Doelen en plan van aanpak	51
3.4	Stap 4: Uitvoeren plan van aanpak	54
4	Een zware last op jonge schouders; Toepassing met de nadruk op ‘persoonlijke stijl’	56
4.1	Stap 1: Herstel van overzicht	57
4.2	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	61
4.3	Stap 3: Doelen en plan van aanpak	64
4.4	Stap 4: Uitvoeren plan van aanpak	68
5	‘Wat is volgens jou te veel drinken?’; Toepassing aan de hand van een complexe casus	70
5.1	Stap 1: Herstel van overzicht	71
5.2	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	75
5.3	Stap 2, 3 en 4: Probleemdefinitie, doelen en plan van aanpak in verband	78
5.4	Stap 5: Terugvalpreventie	80
6	Als geruststelling niet meer helpt; Toepassing bij patiënten met SOLK	82
6.1	Stap 1: Herstel van overzicht	83
6.2	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	89
6.3	Stap 3 en 4: Doelen en plan van aanpak	89
7	Een auto-ongeval met nasleep; Toepassing bij een patiënt met een migratieachtergrond	93
7.1	Schuldig of bezwiken onder dubbel falen?	94
7.2	Stap 1: Herstel van overzicht	98
7.3	Stap 1 en 2: Herstel van overzicht en gezamenlijke probleemdefinitie	99
7.4	Stap 3: Formuleren van doelen en plan van aanpak	100
7.5	Stap 4: Uitvoeren plan van aanpak	101
7.6	Beschouwing: Wat maakt deze casus ‘allochtoon’?	102
8	Zorgenkinderen; Toepassing bij kinderen en jeugdigen	104
8.1	Een jongetje met zorgen	105
8.2	Fase 1: Casusconceptualisatie	106
8.3	Fase 2: Gedragsverandering (suggesties)	107
8.4	Een jongen met hoofdpijn of een jongen met veel aan zijn hoofd?	108

8.5	Fase 1: Casusconceptualisatie	109
8.6	Fase 2: Gedragsverandering (suggesties)	110
8.7	Conclusie: de POH-jeugd	111
8.8	Differentiatie tussen huisarts, POH-jeugd en de specialistische ggz	112
9	Leren functioneren met beperkingen of beschadigingen; Toepassing bij patiënten die chronisch kwetsbaar zijn	113
9.1	Een wond die maar geen litteken wil worden	115
9.2	Stap 1: Herstel van overzicht	116
9.3	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	118
9.4	Stap 3 en 4: Doelen en plan van aanpak	118
9.5	‘Rijp voor de sloop’: Hoe een metafoor weer leven in de brouwerij brengt	118
9.6	Stap 1: Herstel van overzicht	120
9.7	Stap 2: Gezamenlijke probleemdefinitie	123
9.8	Stap 3: Doelen en plan van aanpak	123
9.9	Stap 4: Uitvoeren plan van aanpak	124
9.10	Conclusie	125

Deel III – Hulpmiddelen bij de uitvoering

10	Hulpmiddelen bij stap 1: herstel van overzicht	129
10.1	Hulpmiddelen bij het uitwerken van de klachten	130
10.2	Hulpmiddelen bij het uitwerken van de omstandigheden	134
10.3	Hulpmiddelen bij het uitwerken van de persoonlijke stijl	136
11	Hulpmiddelen bij stap 2: de gezamenlijke probleemdefinitie	144
12	Hulpmiddelen bij stap 3: vaststellen van behandeldoelen en plan van aanpak	145
13	Hulpmiddelen bij stap 4: uitvoering van het plan van aanpak	147
13.1	Doelen gericht op de ‘K’	148
13.2	Doelen gericht op de ‘O’	152
13.3	Doelen gericht op de ‘P’	154

14	Hulpmiddelen bij stap 5: terugvalpreventie	169
14.1	Terugval vanuit het perspectief van het KOP-model	169
14.2	Terugvalpreventie op twee fronten	170

Deel IV – Capita selecta

15	Taakverdeling en samenwerking tussen huisarts en POH-ggz	177
15.1	Rolverdeling en verantwoordelijkheid	177
15.2	Basis van de samenwerking tussen huisarts en POH-ggz	179
15.3	Samenwerking en afstemming	181
16	Voorkennis over de patiënt	183
16.1	Persoonsgerichte kennis	183
16.2	Contextuele kennis	187
16.3	Samenvattend overzicht	190
17	Rol van de huisarts als poortwachter	191
17.1	Bronnen voor het stellen van een indicatie voor verwijzing	192
17.2	Poortwachtersfunctie na eerste opvang	194
17.3	Poortwachtersfunctie na exploratie	194
17.4	Poortwachtersmoment na evaluatie	196
18	Opbouw van een werkrelatie met de patiënt	197
18.1	Orden het gesprek	197
18.2	Deel bevindingen in een vroeg stadium	198
18.3	Adstrueer zo mogelijk met vragenlijsten	199
18.4	Visualiseer	199
18.5	Gebruik vergelijkingen, metaforen en spreekwoorden	200
	Overzicht Schema's	203
	Literatuur	205
	Register	209
	Over de auteurs	212

Voorwoord

Nu de huisartsenpraktijk een grotere plaats heeft gekregen in de opvang van patiënten met psychische klachten, en in bijna alle praktijken een praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-ggz) werkzaam is, is het de vraag of de bestaande behandelmodellen in de huisartsenpraktijk nog wel helemaal passen bij de aangeboden problematiek.

Dit boek stelt een methodische aanpak van psychische klachten in de huisartsenpraktijk voor die past bij de aangeboden problematiek, en die is gebaseerd op een werkmodel waarmee huisarts en POH-ggz beiden uit de voeten kunnen.

De kenmerken van het model

Het werkmodel is een bewerking voor de huisartsenpraktijk van het KOP-model, dat sinds enige jaren wordt gebruikt in de generalistische basis ggz (gb-ggz) en specialistische ggz (s-ggz). Het KOP-model is gebaseerd op het kwetsbaarheids-stressconcept. Dat gaat ervan uit dat psychische klachten ontstaan als het evenwicht tussen draagkracht en draaglast verloren is.

KOP is een acroniem dat staat voor de ('K') van klachten, de ('O') van omstandigheden en de ('P') van persoonlijke stijl. Psychische klachten ('K') ontstaan volgens dit model als de draagkracht van de patiënt, uitgedrukt als de 'persoonlijke stijl' ('P'), tekortschiet bij het hanteren of managen van belastende omstandigheden ('O'). 'Belastende omstandigheden' wil zeggen dat de draaglast groot is. De behandeling richt zich dan ook, behalve op het reduceren van klachten en het beheersen van de omstandigheden, op het versterken van de persoonlijke stijl.

Het KOP-model is een generiek behandelconcept dat aansluit bij de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. De behandeling met het KOP-model duurt maximaal zes tot acht sessies.

Voor welke doelgroep?

Werken met het KOP-model in de huisartsenpraktijk is vooral geschikt voor patiënten met allerlei soorten psychische klachten die nog over enige of voldoende gezonde elementen in hun functioneren beschikken om met behulp van een kortdurende interventie de draad van hun leven weer op te pakken. Alles bij elkaar komt twee derde van alle aangeboden psychische problematiek in de huisartsenpraktijk voor deze behandeling in aanmerking.

Uitvoering door huisarts en POH-ggz

Het KOP-model is een model dat huisarts en POH-ggz beiden kunnen gebruiken. Dit biedt een stimulans voor taakverdeling en samenwerking. Het geeft de huisarts de mogelijkheid om daadwerkelijk de regie te voeren over de ggz-zorg in de praktijk.

De opbouw van het boek

Het boek begint met de hoofdlijnen van het behandelproces en belangrijke kernpunten daaruit: het kwetsbaarheids-stressconcept en het KOP-model. De volgende delen van dit boek gaan over toepassing van het KOP-model in een huisartsgeneeskundige setting. Deel II illustreert dit aan de hand van verschillende casussen, zodat de lezer snel kan zien hoe het model in de praktijk werkt. Deel III bespreekt uitgebreid alle hulpmiddelen. Het bevat schema's, vragenlijsten en deeltechnieken uit gedragsmatige interventies, zoals de oplossingsgerichte therapie, Problem Solving Therapy en cognitieve gedragstherapie. Deel IV bespreekt vier deelonderwerpen die dieper ingaan op de toepassing van het KOP-model in de huisartsenpraktijk: taakverdeling en samenwerking huisarts en POH-ggz, de poortwachtersfunctie, de beschikbare voorkennis in de huisartsenpraktijk en de opbouw van een werkrelatie met de patiënt. Werken met dit boek geeft de behandelaar het gevoel dat hij de patiënt iets te bieden heeft, en dat hij de behandeling zelf in de vingers kan krijgen.

Tot slot

Dit boek is tot stand gekomen in samenwerking met velen. Het is een vrucht van de samenwerking tussen de disciplines psychologie en huisartsgeneeskunde. In het bijzonder zijn we dank verschuldigd aan de kaderhuisartsen Annemarie de Koning en Marian Oud, de POH's – ggz Femke Boomsma, Jan Felius en Femke Sebrechts en de psychologen Murat Can, Sara Debruyne, Nathalie Haeck en Els Heene.

DEEL I

HET KOP-MODEL

In deel I bespreken we de hoofdlijnen van het behandelproces en belangrijke kernpunten daaruit: het kwetsbaarheids-stressconcept en het KOP-model.

1

Het KOP-model in de huisartsenpraktijk

Met de invoering van het nieuwe ggz-stelsel in 2014 heeft de huisartsenzorg een prominentere rol binnen de ggz gekregen. In de huisartsenpraktijk vinden de opvang, begeleiding en behandeling plaats van patiënten met de meest voorkomende psychische klachten en milde psychische stoornissen, en van patiënten met een chronische kwetsbaarheid (Cox, 2014; Oosterberg, 2016). Deze ontwikkeling vraagt om een nieuwe plaatsbepaling van de huisartsenzorg wat betreft de behandeling van psychische klachten. De vraag is hoe in te spelen op deze vergrote en veranderde hulpvraag. Passen de huidige behandelmodellen nog bij de veranderde inzichten betreffende de behandeling van psychische problemen? Deze vragen zijn des te relevanter sinds de komst van de praktijkondersteuners huisarts ggz (POH-ggz), die vaak verschillende achtergronden hebben en daardoor ook verschillende werkwijzen meebrengen.

Dit hoofdstuk beschrijft de huisartsgeneeskundige visie op de ggz-problematiek in de huisartsenpraktijk, en geeft aan waaraan behoefte is voor het invullen van de nieuwe rol. Het gaat in op het kwetsbaarheids-stressconcept en daarna op het KOP-model dat een operationalisatie daarvan is. Afsluitend argumenteren we dat het KOP-model geschikt is voor invoering in de huisartsenpraktijk voor een groot deel van de aldaar gepresenteerde psychische klachten.

1.1 Psychische problematiek in de huisartsenpraktijk

Psychische problematiek komt veel voor. Van alle Nederlanders ervaart 43,5% eens in zijn leven een psychisch probleem. Op jaarbasis kampt 20% van de volwassenen met psychische problematiek. Volgens Terluin, Terluin, Prince en Van Marwijk (2008) heeft een op de drie tot vier bezoekers

van het spreekuur van de huisarts ook last van psychische klachten. De meest voorkomende klachten zijn somberheid, slapeloosheid, en een angstig en gespannen gevoel. Uit onderzoek van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) en van het Trimbos-instituut (De Graaf, Ten Have en Van Dorsselaer, 2010; Ten Have, Nuyen, Beekman & De Graaf, 2013) is in algemene zin veel bekend over het voorkomen van psychische klachten in de bevolking en de kenmerken daarvan:

1. Psychische klachten hangen vaak samen met levensgebeurtenissen, levensfaseproblematiek, of problemen op het werk of in de privé sfeer.
2. Psychische klachten kunnen een grote impact hebben op de kwaliteit van het leven.
3. Veel psychische klachten worden niet in de ggz behandeld. Dat betreft vele tientallen procenten. De redenen hiervoor zijn divers. Voorbeelden zijn: een hoge drempel, lage verwachtingen, schaamte, stigma en onbekendheid.
4. Een deel van deze klachten gaat ook spontaan over. Er zijn voorlopig onvoldoende betrouwbare criteria beschikbaar waarmee men vooraf kan bepalen welke klachten spontaan weer zullen verdwijnen en welke niet.
5. Lang niet alle klachten (hoe belemmerend ze soms ook zijn) voldoen aan de criteria van de DSM-classificatie voor een psychische aandoening.
6. Ruim de helft van alle psychische klachten kan men definiëren als mild tot matig ernstig. Dat betekent dat er naast klachten en disfunctioneren ook nog sprake is van gezonde elementen in het functioneren van de patiënt. Bij ruim een derde van de patiënten met psychische klachten is er sprake van ernstig tot zeer ernstig disfunctioneren. Een appel doen op de gezonde elementen in het functioneren c.q. op samenwerken is in deze gevallen minder goed tot niet mogelijk.

1.2 De huisartsgeneeskundige visie en de rollen van de huisartsenpraktijk

De huisartsgeneeskundige visie op de ggz-problematiek in de huisartsenpraktijk is neergelegd in verschillende documenten: *NHG/LHV standpunt GGZ 2015 in de huisartsenzorg* (NHG/LHV, 2015) en de *Generieke module psychische klachten in de huisartsenpraktijk* (NHG, 2017). Deze documenten verwoorden een visie op gezondheid waarin niet langer het ontbreken van klachten het doel is, maar het dynamisch vermogen je aan te passen en regie te voeren in het licht van fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven (Huber, 2014; ZonMw, 2014). De nadruk ligt op het stimuleren van zelfredzaamheid, veerkracht en vitaliteit. Vanuit patiëntenperspectief gaat het om het bereiken

van persoonlijke wensen en doelen in het leven. De zorg stelt deze centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. De huisartsenpraktijk heeft verschillende rollen in verband met deze visie op de ggz-problematiek die hierna aan de orde komen.

1.2.1 De praktijkondersteuner huisarts ggz (POH-ggz)

Binnen de huisartsenpraktijk is in toenemende mate een rol weggelegd voor de POH-ggz. Deze functie bestaat sinds 2008 en is sinds 2014 flink uitgebreid. Momenteel kan een huisarts in een normpraktijk over 9 uur per week inzet van een POH-ggz beschikken. In 2017 was in 96% van de praktijken een POH-ggz werkzaam. De POH's-ggz hadden de volgende achtergrond: SPV'er 52%; psycholoog 38%; MW'er 14%; verpleegkundige 10%; overig 10%. (LHV peiling GGZ, 2017). De intensieve samenwerking tussen de huisarts en de POH-ggz vraagt om een samenhangende en huisartsgeneeskundige visie op de aanpak LHV/NHG, 2014; LHV/NHG, 2015). De verschillende achtergronden, competenties en ervaringen van de POH-ggz zijn daarvoor nu nog een belemmering.

1.2.2 De eerste opvang en diagnostiek

De huisarts gaat in eerste instantie niet uit van een ziekte, maar inventariseert het probleem samen met de patiënt. De huisarts houdt rekening met de individuele kenmerken van de patiënt, zijn achtergrond, levensloop en leef-werk-omgeving. De huisarts maakt een inschatting van de ernst van de problematiek en werkt toe naar een gedeelde besluitvorming. De opvang gebeurt vanuit een generalistisch perspectief. Dat houdt in dat de huisarts de psychische, lichamelijke en sociale aspecten van de vraag van de patiënt bekijkt en een eerste inschatting maakt van de ernst van de problematiek. De huisarts weet dat er een sterke verwevenheid bestaat tussen psychische en somatische klachten.

1.2.3 De poortwachtersrol van de huisarts

De huisarts bepaalt op basis van vraagverheldering en zijn klinische blik of een patiënt met psychische klachten in de eerste lijn (huisarts of POH-ggz) behandeld kan worden, of dat hij hem moet doorverwijzen. Dit is de zogenaamde 'poortwachtersrol' van de huisarts. Het gebruik van de DSM als verwijscriterium sluit minder goed aan bij de realiteit. Betere criteria zijn: het algemeen

functioneren van de patiënt (nu en in het verleden), lijdensdruk, coping, context en zorgbehoefte van de patiënt. Dat laat onverlet dat vanwege de eisen van zorgverzekeraars de huisarts bij verwijzing een (vermoeden van een) DSM-classificatie moet aangeven.

1.2.4 Behandeling

Behandeling in de eerste lijn, indien geïndiceerd, vindt plaats met de minst ingrijpende interventie die past bij de aandoening en de lijdensdruk van de patiënt. De POH-ggz voert de behandeling veelal uit. Vanuit de systematische exploratie en vraagverheldering leggen behandelaar en patiënt in een gezamenlijke probleemdefinitie het fundament onder de behandeling of de begeleiding. Het mobiliseren van zelfwerkzaamheid en zelfmanagement (eventueel gefaciliteerd met zelfhulp en e-healthmethoden) speelt hierbij een even grote rol als het toepassen van specifieke gedragsveranderingsmethoden en technieken uit de oplossingsgerichte therapie (OT), Problem Solving Therapy (PST), en cognitieve gedragstherapie (CGT).

1.2.5 Conclusie

Er is, kortom, een begin gemaakt met de huisartsgeneeskundige invulling van de nieuwe rol die de huisarts in de ggz heeft gekregen. Dit vraagt om een uitwerking en operationalisatie:

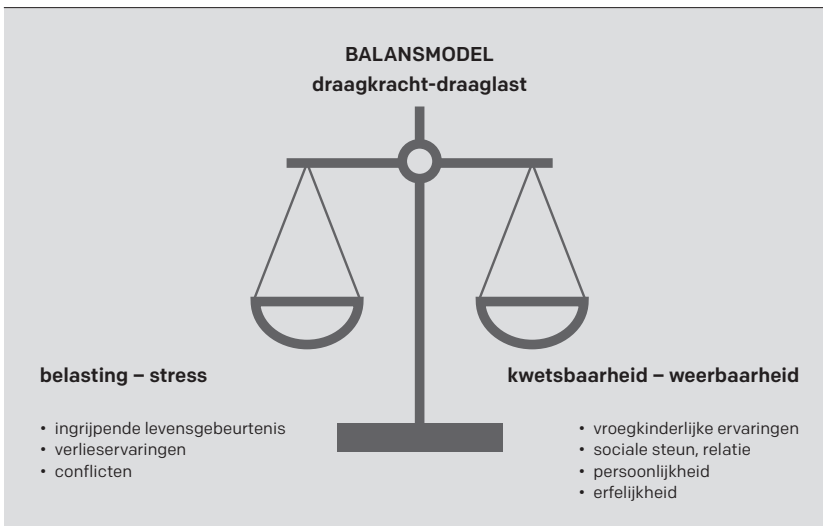
- een gemeenschappelijke huisartsgeneeskundige visie van huisarts en POH-ggz op de psychische problematiek in de huisartsenpraktijk;
- handvatten voor diagnostiek;
- handvatten voor de poortwachtersrol;
- uitwerking van de behandeling.

De volgende paragraaf gaat in op met name het tweede en vierde hier genoemde punt.

1.3 Het kwetsbaarheids-stressconcept

— et kwetsbaarheids-stressconcept (KS-concept) is in de jaren zeventig van de vorige eeuw in de chronische psychiatrie ontwikkeld om het ontstaan en het recidiveren van psychotische episodes te verklaren. In de jaren

negentig is dit concept verbreed, onder andere naar depressie (Metalsky & Joiner, 1992). In die tijd zijn er ook modellen ontwikkeld die op veel bredere schaal toepasbaar bleken, zoals het steun-stress-kwetsbaarheid-krachtmodel (De Jonghe Dekker, & Goris, 1997), het *single session model* (Talmon, 1990), het KOP-model (Rijnders & Heene, 2015) en het *two + one session model* (Barkham, Shapiro, Hardy, & Rees, 1999). Kenmerkend voor al deze modellen is dat het zoekmodellen zijn, waarmee de behandelaar samen met de patiënt kan onderzoeken hoe ze het ontstaan van de huidige klachten kunnen verklaren. Die verklaring zoeken ze in de (verstoorde) combinatie van draaglast (stressfactoren in de meest brede zin) en draagkracht of coping. Draagkracht bepaalt men door de combinatie van *draagkrachtbevorderende* eigenschappen zoals veerkracht, (zelf)vertrouwen, doorzettingsvermogen of vermogen tot aanpakken, en *draagkrachtbeperkende* of kwetsbare eigenschappen zoals twijfelzucht, pessimisme of de neiging bij de pakken te gaan neerzitten. Er is sprake van relatief adequaat, adaptief en gezond functioneren zolang draaglast en draagkracht met elkaar in evenwicht zijn. Wanneer dit evenwicht verstoord is, ontstaan er klachten (figuur 1.1).



Figuur 1.1: Het balansmodel voor de weergave van psychische draagkracht en draaglast

Een kwetsbaarheids-stressconcept geeft in common-sensetermen weer wat er aan de hand is. Het is een manier om samen met de patiënt tot betekenis te komen. Uit onderzoek naar de effectiviteit van de hiervoor genoemde modellen blijkt dat met behulp van een kwetsbaarheids-stressconcept de patiënt snel overzicht krijgt over zijn situatie, de uitlokkende aspecten daarvan, maar ook over zijn eigen rol (zijn copingvaardigheden c.q. tekorten daarin) in dat ge-

heel. In die zin levert het kwetsbaarheids-stressconcept als een zogenaamde ‘non-specifieke factor’ een bijdrage aan de remoralisatie van de patiënt en stimuleert het zo diens zelfmanagement. Dit draagt bij aan een sneller herstel dan met traditionele modellen het geval is (Heene, 2015; Van Orden, Hoffman, Haffmans, Spinhoven & Hoencamp, 2009; Van Straten et al., 2007).

1.4 Het KOP-model

Het KOP-model is een voorbeeld van een behandelmodel dat is gebaseerd op het KS-concept. KOP staat voor klachten (‘K’), omstandigheden (‘O’), en persoonlijke stijl (‘P’). Het KOP-model is een zoekmodel én een kapstok voor de behandeling. Het zoekt een antwoord op de vraag: ‘Waarom komt *deze patiënt*, nu met *deze klachten* op het spreekuur?’ De gecursiveerde termen ‘nu’, ‘deze patiënt’ en ‘deze klachten’ komen terug in het acroniem KOP en in de formule (beschrijvende diagnose) $K = O \times P$. De volgorde van de vraag wordt in de formule $K = O \times P$ omgevormd tot: ‘Hoe kan ik *verklaren* dat *deze klachten* het logische gevolg zijn van actuele stressoren (de toegenomen draaglast, ‘nu’) en tekortschietende coping (kenmerkende aspecten in het functioneren van *deze patiënt*)?’

Werken met een KS-concept vraagt van de behandelaar het vermogen om op een voor de patiënt begrijpelijke wijze duidelijk te maken hoe de huidige klachten of het huidige disfunctioneren kunnen worden verklaard uit de combinatie van belastende stressfactoren en tekortschietende coping. Het vraagt van de behandelaar ook het vermogen de patiënt op een bruikbare en adequate manier te adviseren over welke middelen deze kan inzetten om niet alleen de stressfactoren onder controle te krijgen, maar vooral ook het eigen copingrepertoire te verstevigen. Van de patiënten vraagt het werken met een KS-concept het vermogen om mee te kunnen denken en reflecteren op het eigen functioneren.

Voor een deel van de patiënten is een analyse volgens het KS-concept, gecombineerd met geruststelling en adviezen, voldoende om weer zelf verder te kunnen. Bij een ander deel kan deze analyse dienen als de kapstok voor de behandeling. Aan het KOP-model kan de behandelaar in overleg met de patiënt activiteiten ophangen waarmee deze kan werken aan reductie van de klachten (bijvoorbeeld door middel van ontspanningsoefeningen, meer fysieke activiteit, of gebruik van specifieke apps of medicatie), het versterken van de coping c.q. draagkracht (bijvoorbeeld met behulp van technieken uit de Social Learning-theorie, de oplossingsgerichte therapie of de cognitieve gedragstherapie) en het beter beheren van de stressfactoren c.q. de draaglast (bijvoorbeeld met behulp van relatiegesprekken, leren om te delegeren of het inroepen van externe steun).

Tussen 2007 en 2015 is het KOP-model ontwikkeld tot een generiek behandelconcept voor lichte tot matig ernstige psychische klachten. Het gaat om behandelingen met een gemiddelde duur van zes sessies. Het KOP-model wordt op grote schaal toegepast in de ggz in Nederland en Vlaanderen; in Nederland vooral in de generalistische basis-ggz (gb-ggz). Ook een deel van de POH's-ggz in de huisartsenpraktijk maakt gebruik van elementen uit het KOP-model. Er zijn handboeken voor het gebruik van het KOP-model in de basis-ggz, en er zijn RINO-opleidingen die korte cursussen KOP-model aanbieden.

1.5 Een casus ter illustratie

en korte casusbeschrijving demonstreert hoe men het KOP-model in de huisartsenpraktijk kan inzetten. De vorm van deze casus – beschrijven, toelichten, uitweiden – zal in de volgende hoofdstukken steeds terugkeren.

Casus Sven

Sven, 34 jaar, komt op het spreekuur. Zijn klacht is dat hij de laatste tijd geregeld duizelig wordt. Dat overkomt hem ook achter het stuur in zijn auto. Hij twijfelt of het nog wel verantwoord is om zelf auto te rijden. Ook zegt hij last te hebben van kortademigheid en inslaapproblemen. Hij is gestopt met sporten, enerzijds wegens tijdgebrek door zijn studie, anderzijds uit angst iets aan zijn hart te hebben. De patiënt maakt op de huisarts een vermoeide indruk. Onderzoek levert geen verdenkingen op voor neurologische of cardiale problematiek. Uit doorvragen naar zijn huidige levenssituatie komt naar voren dat hij naast een prettige maar drukke baan in de afrondende fase zit van een studie op hbo-niveau die hij de afgelopen drie jaar in de avonden en de weekenden heeft gevolgd. Hij heeft die opleiding in de kortst mogelijke tijd afgerond.

Omdat hij vermoedt dat overbelasting of stress de oorzaak van de klachten kan zijn, laat de huisarts Sven de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL; Terluin et al., 2008; zie ook paragraaf 2.3 en paragraaf 10.1.3) invullen. Daarmee verwacht hij de impact van eventuele stressfactoren in beeld te krijgen. Uit de 4DKL komt naar voren dat zijn score op stress aanzienlijk boven het normale niveau ligt. Deze constatering is aanleiding om met behulp van het KOP-model Svens actuele levenssituatie en functioneren concreter in beeld te brengen.

Bij Sven lijkt er somatisch, sociaal en psychologisch sprake te zijn van een blanco *voorgeschiedenis*. Lichamelijk onderzoek levert geen aanwijzingen op voor (ernstig) somatisch disfunctioneren. Op de meeste *relevante levensgebieden* (scholing, gezin, relatie met familie, financiën, vriendenkring) lijkt er sprake te zijn

van een acceptabel tot goed *functioneren*. Hij blijkt geen uitgesproken kenmerken te vertonen van een angstige of depressogene persoonlijkheidsstructuur. Met betrekking tot de vraag: 'Waarom nu?' lijkt er sprake te zijn van een cumulatie van *draaglastfactoren* (drukke baan, jong gezin, avond- en weekendstudie) bij mogelijk op dit moment tekortschietende adaptieve *draagkrachtfactoren*. Dat kan bijvoorbeeld zijn: tekortschieten in het vermogen om buitijds ontspannende momenten in zijn bestaan in te bouwen, (te) eenzijdige focus op taken of op de mogelijkheid in de uitvoering van die taken te falen. Sven lijkt een man met een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Iemand die van doorzetten houdt en iemand die klaarstaat voor een ander. Iemand die niet snel de moed opgeeft of bij de pakken neer gaat zitten.

De exploratie van levensomstandigheden en de wijze waarop iemand in het leven staat c.q. functioneert, kan men overzichtelijk en concreet weergeven met behulp van het KOP-schema. Dat zag er in de actuele situatie van Sven als volgt uit.

Tabel 1.1: Het KOP-schema van Sven

K (klachten)	<ul style="list-style-type: none"> • Aanhoudend moe; • fysieke klachten; • toenemende angst en twijfel over rijvaardigheid.
O (omstandigheden)	<ul style="list-style-type: none"> • Belastende factoren (naast positieve levensdomeinen als prettig gezinsleven en gewaardeerd worden op het werk) zoals hoge studiedruk door afsluitende fase van studie; • al langere tijd geen ruimte voor ontspanning.
P (persoonlijke stijl)	<ul style="list-style-type: none"> • Doorzetter; • groot verantwoordelijkheidsgevoel; • opofferingsgezind.

Voorlopige conclusie en beleid

Er lijkt bij Sven sprake te zijn van een (vermoedelijk) *tijdelijk vergrote draaglast*. Deze draaglast motiveerde hem om zijn capaciteiten (*draagkracht*) *extra aan te spreken*. Waarschijnlijk overschreed hij hierdoor de grens van wat voor hem op dit moment haalbaar was, met uitputting en malaise als gevolg.

Na de exploratie legt de huisarts zijn bevindingen uit (*probleemdefinitie*), stelt Sven gerust en adviseert hem om het voorlopig wat rustiger aan te doen (*plan van aanpak*). Sven laat zich geruststellen. Hij begrijpt en onderschrijft de uitleg en de analyse van de huisarts. Hij twijfelt of hij op dit moment in staat is het advies op te volgen. De druk om snel zijn studie af te ronden is te groot, zegt hij.

Verbreden van de gespreksagenda

Voor de huisarts is dit aanleiding om de gespreksagenda verder te verbreden en te zoeken naar de factoren die maken dat Sven een als logisch ontvangen advies niet zal opvolgen. Op de vraag van de huisarts wie die druk uitoefent (zijn werkgever, de opleiding, de kosten van de opleiding, zijn vrouw of zichzelf) wordt duidelijk dat de druk vooral van hemzelf komt.