

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk

1. Inleiding

1.1. Algemeen

Ongeveer 10% van de volwassenen die de huisarts bezoeken, ervaart psychische klachten – al dan niet in combinatie met somatische symptomen.

Ongeveer 10% van de volwassenen die de huisarts bezoeken, ervaart psychische klachten – al dan niet in combinatie met somatische symptomen.: Lees meer over epidemiologie.

[Meer informatie](#)

Aanvankelijk zijn de klachten vaak weinig helder omschreven. Veel voorkomende psychische klachten zijn somberheid, slapeloosheid en een angstig en gespannen gevoel. Het kan ook gaan om klachtpatronen die geduid worden als stress- of spanningsklachten, overspanning en burn-out. Bij elk contact met een patiënt is de huisarts alert op een veelheid aan ziektebeelden waarvoor acute of meer gespecialiseerde zorg nodig is. De huisarts handelt dan conform de daarvoor geldende professionele standaarden. Denk aan psychische klachten op basis van somatische aandoeningen of aan psychische klachten die duiden op een ernstig psychisch toestandbeeld.

Zolang de gepresenteerde klachten echter (nog) niet passen bij ernstige psychische beelden, een oorzakelijke somatische aandoening of een psychische stoornis volgens de DSM-classificatie, spreken we in deze module van patiënten met psychische klachten. Zij vormen de doelgroep van deze module. Psychische klachten hangen vaak samen met levensgebeurtenissen, levensfaseproblematiek of problemen met werk of in de privésfeer.

Deze module sluit aan bij de definitie van gezondheid als het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, mentale en sociale uitdagingen van het leven.

Bron: ZonMw. (2014). Positieve gezondheid: 'Focus op de kracht en eigen regie van mensen'.

Daarmee richt de module zich op veerkracht, functioneren en participatie, naast de aandacht voor fysieke en psychische klachten. Voor een deel van de patiënten zal een eenmalig consult in de huisartsenpraktijk voldoende steun, informatie en houvast bieden om (weer) regie te kunnen voeren over hun eigen gezondheid. Andere patiënten zullen meer begeleiding en zorg nodig hebben.

1.2. Doelstelling

De generieke module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk biedt handvatten waarmee de huisarts en de praktijkondersteuner huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) samen met volwassen patiënten tot passende zorg kunnen komen. Deze zorg richt zich op het versterken van de gezondheid, het voorkomen van verdere onregeling die de kans op een psychische stoornis vergroot, en het tijdig onderkennen van ernstige beelden.

Bij het bepalen van passende zorg staat niet zozeer de psychische klacht centraal maar de hulpvraag en zorgbehoefte van de patiënt. Hierbij wegen onder andere mee: de mate van disfunctioneren en lijdensdruk, de voorgeschiedenis (zoals eerdere ggz-ervaringen), de context, comorbiditeit, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de hulp, en kenmerken van de patiënt (zoals taalvaardigheid, culturele achtergrond,

voorkeur en motivatie). Als de huisarts of praktijkondersteuner inschat dat een patiënt buiten de huisartsenpraktijk beter passende zorg kan krijgen, bespreekt hij met de patiënt wat de geëigende plek is.

1.3. Doelgroepen

Deze generieke module is geschreven voor medewerkers in de huisartsenpraktijk. De module beschrijft wat een volwassen patiënt met psychische klachten in de huisartsenpraktijk mag verwachten op het gebied van het zorgproces en de zorgtaken. Hoe de taken zijn verdeeld tussen de medewerkers is sterk afhankelijk van praktijkspecifieke factoren. Daarom bevat deze module daarvoor geen concrete aanwijzingen. In huisartsenpraktijken die (nog) niet beschikken over een POH-GGZ, kunnen niet alle onderdelen van deze module worden uitgevoerd.

De doelgroep van deze module zijn volwassenen (en hun naasten) die de huisartsenpraktijk bezoeken in verband met psychische klachten en bij wie de huisarts (vooralsnog) psychische stoornissen, oorzakelijke somatische aandoeningen en ernstige psychische beelden niet waarschijnlijk acht. Voor psychische klachten bij kinderen verwijzen we naar de generieke module Psychische klachten in de kindertijd.

1.4. Uitgangspunten

Wetenschappelijk onderzoek over passende zorg voor deze specifieke doelgroep is nauwelijks voorhanden. De aanbevelingen in deze module zijn grotendeels gebaseerd op discussie en consensusvorming in de werkgroep. Ook zijn wetenschappelijke resultaten benut van diagnostiek en behandeling bij andere populaties patiënten, namelijk als we op basis van praktijkervaring, ervaringsdeskundigheid en patiëntenwaarden enige effectiviteit ervaren of verwachten bij patiënten met psychische klachten.

Ook zijn wetenschappelijke resultaten benut van diagnostiek en behandeling bij andere populaties patiënten, namelijk als we op basis van praktijkervaring, ervaringsdeskundigheid en patiëntenwaarden enige effectiviteit ervaren of verwachten bij patiënten met psychische klachten.:
Lees meer over de uitgangsvragen van deze module.

[Meer informatie](#)

De inhoud van de voorliggende module is afgestemd op de generieke modules Vroege opsporing van psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB-GGZ en de [Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz \(LGA\)](#).

Het belangrijkste onderscheid tussen deze module en de generieke module Generalistische diagnostiek en behandeling in de GB-GGZ zit in het gebruik van psychologische behandelprincipes en deelt technieken in de huisartsenpraktijk, terwijl in de generalistische basis GGZ volledige psychologische behandelingen plaatsvinden.

1.4.1. Algemeen

Een generieke module beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte

hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

1.5. Leeswijzer

Onderscheid klachten en stoornissen

Een groot deel van de volwassenen met psychische klachten herstelt zelf en ontwikkelt geen psychische stoornis. Bij adolescenten en ouderen is de prognose vaak slechter.

Bij adolescenten en ouderen is de prognose vaak slechter.: Lees meer over het natuurlijk beloop.

[Meer informatie](#)

De grens tussen psychische klachten en stoornissen is niet scherp en er zijn overgangsvormen. Zowel psychische klachten als psychische stoornissen kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, verminderen de kwaliteit van leven en kunnen nadelige maatschappelijke gevolgen hebben.

Zowel psychische klachten als psychische stoornissen kunnen leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren, verminderen de kwaliteit van leven en kunnen nadelige maatschappelijke gevolgen hebben.: Lees meer over functionele beperkingen.

[Meer informatie](#)

2. Patiëntenperspectief

2.1. Wensen en ervaringen van patiënten

Gezondheid gaat in wezen over veerkracht en vitaliteit, een leven kunnen leiden dat geleefd kan worden binnen de grenzen van de mogelijkheden en ondanks ziekten en zorgen. Het gaat om persoonlijke wensen en keuzes over doelen in het leven. Zorg gericht op herstel van gezondheid stelt de wensen en de behoeften van het individu centraal en richt de focus op zelfmanagement en zelfredzaamheid. Het is zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket.*

Om bouwstenen voor zorg vanuit patiënten- en naastenperspectief te concretiseren heeft Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid (voorheen het Landelijk Platform GGZ) het visiestuk Focus op Gezondheid -

Zorg voor Herstel en de [Basisset Kwaliteitscriteria GGZ](#) opgesteld. Het visiestuk en de basisset vormen, samen met de uitkomsten van de focusgroep, de basis voor Patiëntenperspectief. Allereerst worden algemene uitgangspunten voor zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten uiteengezet. Vervolgens wordt ingegaan op specifieke aandachtspunten.

2.1.1. Doel van de zorg

Het doel van de zorg is het bevorderen, behouden en herstellen van de gezondheid van patiënten. Mensen zoeken hulp bij psychische problemen omdat ze zich zorgen maken over hun gezondheid of zich belemmerd voelen in hun functioneren. Gezondheid is geen statisch concept van optimaal welbevinden zonder ziekten of gebreken, maar een dynamisch vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. De nadruk ligt op het stimuleren van de eigen kracht en de eigen regie. Het gaat om de veerkracht en de vitaliteit van mensen, zodat ze weer in staat worden gesteld om zo veel mogelijk eigenstandig hun leven te leiden.

2.1.2. Concept van gezondheid

Het concept van gezondheid sluit aan bij het perspectief van patiënten en naasten, waarbij probleemgericht en contextgericht zorg wordt verleend. Het gaat om het functioneren van de patiënt in zijn/haar context. Niemand is perfect en iedereen moet (leren) leven met zijn of haar (on)mogelijkheden, kwetsbaarheden en weerbaarheden en omgaan met de stressoren in het leven. Het onderkennen van de omgang met de stressoren achter de problemen en het bevorderen van veerkracht en vitaliteit vormen de focus van de behandeling. Uiteindelijk moet behandeling leiden tot een vermindering van de lijdensdruk en een verbetering van het functioneren, waardoor de ziektelast van de persoon afneemt en de kwaliteit van leven toeneemt.

2.1.3. Verhaal van mensen

Het verhaal van mensen met psychische problemen is vaak een verhaal over een leven, inclusief het leven van naasten, dat door de problemen (gedeeltelijk) in beslag wordt genomen. Herstel gaat over het hervinden van de ruimte om voluit te leven en het hernemen van de regie op het leven op basis van persoonlijke wensen en behoeften. Herstel kan dus worden gezien als het proces om jezelf weer gezond te voelen. Het gaat om de zoektocht naar de balans in het leven, opdat het individu zijn kwetsbaarheden leert te accepteren en weet te integreren met zijn weerbaarheden. Uiteindelijk gaat het om een mens die zich zo veel als mogelijk kan handhaven in zijn/haar leefomgeving en kan deelnemen aan de samenleving.

2.1.4. Relatie patiënt met naasten en hulpverlener

De relatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverlener is cruciaal voor het verlenen van zorg. Gezamenlijk proberen ze antwoorden op de zorg/hulpvraag van de cliënt te vinden. Ze hebben elkaar nodig bij de zoektocht naar gepaste zorg. Tijdens de zoektocht worden in vier etappes een aantal vragen gesteld, namelijk diagnose (wat is je probleem en hoe is het gekomen), indicatie (wat wil je bereiken en wat pakken we aan), therapie (wat voeren we uit en wat is het resultaat) en evaluatie (wat is ons oordeel en hoe gaan we verder). De etappes verlopen deels parallel en iteratief en de antwoorden moeten aansluiten bij het persoonlijke verhaal van de cliënt in zijn/haar relationele en maatschappelijke context.

2.1.5. Begrip kwaliteit

Het begrip kwaliteit van zorg wordt omschreven als de mate van overeenkomst tussen de criteria van

wenselijke zorg en de praktijk van feitelijke zorg.

Bron: Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches to its assesment: Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Het is belangrijk te beseffen dat er een verschil kan bestaan in de kwaliteitsperceptie van cliënt en hulpverlener. Indien de patiënt iets anders verwacht dan de hulpverlener beoogt, kunnen de kwaliteitsoordelen tussen patiënt en hulpverlener uiteenlopen. Het is noodzakelijk om helderheid te verkrijgen over de verwachtingen van de patiënt en de bedoelingen van de hulpverlener ten aanzien van de behandeling. Verder is het belangrijk om aan-dacht te hebben voor de kwaliteit van de relatie naast de kwaliteit van de interventie. Het concept is uitgewerkt in vier domeinen.

Focus van zorg (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hun relevante levensgebieden. <i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.
Vorm van zorg (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt. <i>Zorg in triade:</i> naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.
Inhoud van zorg (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk. <i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.
Eisen aan zorg (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen. <i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

2.2. Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief

2.2.1. Focus van zorg

De huisartsenzorg is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven en het herstellen van de veerkracht en vitaliteit van de patiënt op basis van diens wensen en behoeften. De huisarts stimuleert het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de patiënt, waardoor de patiënt zo veel mogelijk zelfstandig verder kan leven en deel kan nemen aan zijn/haar leefomgeving en de samenleving.

2.2.2. Vorm van zorg

Het persoonlijke verhaal van de cliënt vormt het startpunt voor de zorg en de patiënt behoudt zo veel mogelijk de regie over de zorg. Besluiten over het behandelbeleid worden steeds gezamenlijk genomen. Zo nodig krijgen naasten individuele ondersteuning door de huisartsenpraktijk. Zo mogelijk worden naasten met instemming van de patiënt bij de zorg betrokken.

2.2.3. Inhoud van zorg

De huisarts/POH-GGZ verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en de behoeften van de patiënt en de mogelijkheden van de huisarts/POH-GGZ. Tijdens de diagnostiekfase worden de fysieke, mentale en sociale factoren in kaart gebracht. Zo nodig initieert de huisarts afstemming en samenwerking met welzijn en ggz. In

geval van wachtlijsten zorgt de praktijk voor overbruggingszorg.

2.2.4. Eisen aan zorg

De huisartsenpraktijk beschikt over een adequate praktijkondersteuning ggz. De praktijkmedewerkers zijn deskundig en competent op het gebied van psychische klachten. Ze hebben zicht op het aanbod aan (verwijs)mogelijkheden in zorg en welzijn. De praktijk biedt een veilige en rustige omgeving waarin patiënten zich op hun gemak kunnen voelen. De huisarts en POH-GGZ nemen voldoende tijd voor hun patiënten en naasten.

3. Zorg bij psychische klachten in de huisartsenpraktijk

3.1. Inleiding

De huisarts en de POH-GGZ geven samen de zorg aan de patiënt met psychische klachten.

De huisarts doet het eerste consult. Hij luistert actief en inventariseert (meer of minder expliciet) de klacht en de hulpvraag. Hij beoordeelt het risico op gevaar, somatische factoren en middelen- en medicatiegebruik. In het eerste consult komen deze vragen aan de orde:

- Kunnen we tijdelijk afwachten?
- Kunnen we effectief ingrijpen?
- Kunnen we zinvol verwijzen?

Samen met de patiënt formuleert de huisarts de probleemdefinitie en de gekozen behandelaanpak. Soms is één consult voor een patiënt genoeg om op eigen kracht verder te kunnen, al dan niet met hulp uit zijn eigen omgeving.

De huisarts blijft tijdens de hele (vervolg)behandeling verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg en het bepalen van de professionele grenzen van de behandeling. Bovendien is hij eindverantwoordelijk voor de zorg.

Eventueel benodigde verdere diagnostiek en behandeling van psychische klachten kan (deels) door de POH-GGZ worden uitgevoerd. De huisarts formuleert in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) de werkhypothese die hij met de patiënt heeft opgesteld, en het doel en de verwachtingen van inschakeling van de POH-GGZ. De huisarts geeft duidelijk aan wanneer en in welke vorm hij terugkoppeling verwacht van de POH-GGZ.

Soms is één consult voor een patiënt genoeg. Meestal zijn meer consulten nodig om de klachten en de hulpvraag te exploreren. Het proces waarin samen met de patiënt wordt gewerkt aan een passende definitie van het probleem, kan gedeeltelijk parallel aan de behandeling verlopen. Het vaststellen van een gezamenlijke probleemdefinitie en de behandeldoelen vergroot het inzicht in de problematiek en de eigen rol daarin. Dit inzicht is vaak de eerste stap van de behandeling. Tegelijk kunnen algemene interventies (zoals voorlichting en dagstructurering) worden ingezet.

De huisarts of POH-GGZ legt dit proces uit en faciliteert de patiënt om eigen keuzes te maken door advisering 'op maat'. Hij begeleidt, steunt en adviseert de patiënt. Hij heeft daarbij oog voor de mogelijkheden van de patiënt, het verloop en de gevolgen van de klachten en de te verwachten effecten van de interventie(s). Ook heeft hij aandacht voor de wisselwerking met de naasten van de patiënt.

De diagnostiek en behandeling bij patiënten met psychische klachten veronderstelt een adequate behandelrelatie tussen de patiënt enerzijds en huisarts/POH-GGZ anderzijds. Als hulpverlener stimuleert u de patiënt om zijn eigen verhaal te vertellen. Veiligheid en aandacht zijn voorwaarden voor een open gesprek.

Zeker bij psychische klachten moet u open staan voor het referentiekader en de 'cultuur' van de patiënt in de ruimste zin van het woord, of deze cultuur nu te maken heeft met etniciteit, levensfase, sekse, religie, streekgewoonten binnen Nederland of sociaaleconomische status. Migranten hebben daarbij aanvullende specifieke aandachtspunten (zie hiervoor de generieke module Diversiteit).

3.2. Vroege onderkenning en preventie

Patiënten kunnen psychische klachten presenteren als lichamelijke klachten. Bespreek in een vroeg stadium met de patiënt dat lichamelijke klachten het gevolg kunnen zijn van een reactie op stressoren.

Denk bij de volgende klachten, symptomen en omstandigheden aan psychische problemen:

- aanhoudende moeheid of wisselende lichamelijke klachten zonder afdoende somatische verklaring;
- aanhoudende specifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid, slaapproblemen;
- afspraken niet nakomen, acuut gezien willen worden, frequent naar de praktijk of huisartsenpost gaan;
- weinig oogcontact, monotone spraak, trage of juist onrustige motoriek, snel geraakt zijn of emotioneel worden;
- 'anders dan anders' zijn, vreemd, oninvoelbaar gedrag;
- aanwijzingen voor overmatig alcohol- of middelengebruik;
- ingrijpende gebeurtenissen.

3.2.1. Psychische klachten bespreekbaar maken

Deze vragen kunnen helpen om psychische problematiek bespreekbaar te maken:

- Hoe gaat het (verder) met u? Spelen stress of spanningen een rol?
- Heeft u het moeilijk of maakt u zich zorgen over iets?
- Is er de laatste tijd in uw leven iets gebeurd of veranderd?
- Heeft u spanningen met naasten (partner, gezin, familie/vrienden)?

3.3. Diagnostiek

3.3.1. Anamnese

De anamnese bestaat uit het verhaal van de patiënt in combinatie met klachtenexploratie, vraagverheldering, beoordeling van de ernst en van (co)morbiditeit. Het gebruik en de volgorde van deze onderdelen staan niet vast en kunnen variëren. Ze zijn mede afhankelijk van het soort klacht, de wijze waarop het gesprek verloopt en de beschikbaarheid van andere informatiebronnen. In sommige gevallen zijn er meerdere consulten noodzakelijk. De huisarts denkt bij psychische klachten niet als eerste aan een psychische stoornis, maar ziet een mens voor zich die tegen de kwetsbaarheden en stressoren van het leven aanloopt

[Klachtenexploratie](#) en beoordeling van ernst

Exploreer samen met de patiënt de klachten en de gevolgen voor de patiënt.

- Wat zijn de klachten?
- Wanneer en hoe zijn ze ontstaan?
- Welke factoren spelen (nog meer) mee bij het ontstaan en het blijven bestaan van de klachten?
- Welke factoren, gedrag of omstandigheden (zouden) helpen om de klachten (tijdelijk) te verminderen?
- Welke factoren of omstandigheden zijn een bron van steun of positieve ervaring?

- Welke betekenis wordt er aan de klachten gegeven?
- Is er eerder sprake geweest van deze klachten? Zo ja, wat heeft toen geholpen om deze klachten te verminderen of op te lossen?
- Wat is er nodig om weer prettig te kunnen functioneren?

Vraag de patiënt naar de ernst van de klachten en ga in op:

- Het functioneren van de patiënt in het dagelijks leven, waarbij u altijd vraagt naar duur/kwaliteit van slaap, eetlust en het functioneren op werk en thuis (als partner en/of ouder).
- De lijdensdruk.
- Terugkerende perioden van klachten.
- Vermijding (van de stressoren) vanwege de klachten.

Bespreek *beschermende factoren* op verschillende levensgebieden: lichamelijk en mentaal welbevinden, sport, steunsysteem (sociale contacten/betekenisvolle relaties, gezin/familie, vriendenkring, vereniging, kerkgenootschap), religie, zinvolle bezigheden, dagactiviteiten, (vast) werk.

Schat de *weerbaarheid* en het probleemoplossend vermogen in van de patiënt en mensen in zijn omgeving (sociaal, werk, privé). Vraag of de patiënt zelf al acties ondernomen heeft (zoals extra ontspanning, meer lichaamsbeweging, steun zoeken binnen eigen systeem) en wat het effect hiervan was.

Vraag of de patiënt zelf al acties ondernomen heeft (zoals extra ontspanning, meer lichaamsbeweging, steun zoeken binnen eigen systeem) en wat het effect hiervan was. : Lees meer over zelfhulp.

[Meer informatie](#)

Plaats de klachten in de *persoonlijke en maatschappelijke context*. Bespreek het voorkomen van psychische klachten of stoornissen in de (familie)voorgeschiedenis, een trauma of ingrijpende gebeurtenis in de jeugd.

Inventariseer factoren die een verhoogde kans op stress geven, zoals:

- (chronische) lichamelijke aandoeningen;
- psychotrauma, life events met verlies of geweld;
- relatieproblemen;
- kind met ziekte;
- seksueel misbruik, huiselijk geweld;
- mantelzorg;
- werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, baanonzekerheid, lage opleiding, financiële problemen/onzekerheid;
- gebrek aan sociale steun;
- alleenstaand (ouder), migrant, vluchteling/asielzoeker.

3.3.2. Vraagverheldering

Exploreer deze kernvragen:

kernvragen:: De in dit artikel geformuleerde kernvragen zijn herformuleerd voor gebruik in de dagelijkse praktijk. Welke verandering wil de patiënt bereiken vanuit de huidige toestand? Welke wensen en verwachtingen heeft de patiënt over de manier waarop die verandering moet plaatsvinden en wat is daarbij de eigen rol en die van de huisarts (Ram 2005)?

- Wat zou voor u als eerste moeten veranderen?
- En op welke manier zou die verandering moeten plaatsvinden? Wat kunt u er zelf aan doen? Hoe kan ik u

hierbij ondersteunen?

3.3.3. Somatische en psychische comorbiditeit

Houd rekening met beïnvloedende of oorzakelijke somatische en psychische (co)morbiditeit. Ook medicatie-, alcohol- en middelengebruik kunnen een rol spelen.

Chronische lichamelijke aandoeningen geven een verhoogd risico op psychische klachten. Zie de [generieke module Comorbiditeit](#) voor meer informatie over het omgaan met comorbiditeit.

3.3.4. Vragenlijst

Een hulpmiddel bij de anamnese is de Vierdimensionale Klachtenlijst ([4DKL](#)). De lijst helpt om onderscheid te maken én verbanden te leggen tussen angstklachten, depressieve klachten, spanningsklachten (distress) en somatisatie (veel lichamelijke klachten). De patiënt vult de lijst zelf in. Voldoende leesvaardigheid in het Nederlands is hiervoor vereist. Het invullen kan de patiënt helpen de klachten te verwoorden en onder ogen te zien. U kunt de [4DKL](#) ook gebruiken om het verloop van de klachten te volgen.

3.3.5. Lichamelijk en aanvullend onderzoek

Blijf bedacht op een eventuele somatische oorzaak, vooral als de oorsprong van de klachten niet duidelijk is of als de klachten niet verminderen. Doe gericht lichamelijk, laboratorium- of aanvullend onderzoek bij aanwijzingen voor somatische comorbiditeit.

3.3.6. Samenvatten en behandeling bepalen

Formuleer samen met de patiënt de (voorlopige) probleemdefinitie, de gewenste verandering, het behandeldoel en de behandelaanpak.

De probleemdefinitie is een samenvatting van de klachten, de beïnvloedende factoren en de gevolgen. De probleemdefinitie kan in de loop van de tijd veranderen, bijvoorbeeld als de klachten of omstandigheden veranderen. Noteer de probleemdefinitie bij de E (evaluatie) regel van het Huisartsen Informatie Systeem (HIS). In het HIS worden psychische symptomen en klachten volgens de International Classification of Primary Care (ICPC) gecodeerd met de codes P1 t/m P29 en psychische diagnoses/stoornissen met de codes P70 t/m P99. Het spreekt voor zich dat ook psychische diagnoses / stoornissen gepaard gaan met psychische klachten. Sociale problemen worden met de codes Z1 t/m Z9 gecodeerd.

De behandelaanpak wordt bepaald op basis van gedeelde besluitvorming, waarbij de voorkeur van de patiënt wordt gerespecteerd zolang de huisarts dit professioneel kan verantwoorden.

Tijdens het behandelproces kan er aanleiding zijn de behandeldoelen en behandelaanpak bij te stellen.

Bespreek samen met de patiënt:

- Wat zijn mijn (keuze)mogelijkheden?
- Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden?
- Wat betekent dit in mijn concrete situatie?

Bepaal samen wanneer het behandeldoel geslaagd is en noteer de behandelaanpak in de P (plan)-regel van het HIS.

3.4. Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

Psychische klachten zijn vaak tijdelijk. Vaak kunnen mensen weer zelfstandig verder als ze op weg geholpen worden. Je verhaal kunnen vertellen aan iemand die niet oordelend en met empathie luistert, is vaak een belangrijk onderdeel van de behandeling. Een normaliserende aanpak, zonder gebruik van medische diagnoses, draagt bij aan het versterken van het zelfbeeld en de zelfredzaamheid van de patiënt.

Om de patiënt te gidsen in de richting van gedragsverandering kan de huisarts/POH-GGZ gebruik maken van principes van motiverende gespreksvoering.

Om de patiënt te gidsen in de richting van gedragsverandering kan de huisarts/POH-GGZ gebruik maken van principes van motiverende gespreksvoering. : De basisprincipes van motiverende gespreksvoering zijn: empathie tonen, twijfel/tweeslachtigheid bij de patiënt versterken, omgaan met weerstand en het zelfvertrouwen van de patiënt versterken. Motiverende gespreksvoering bouwt voort op het patiëntgericht adviseren en afstemmen (zie NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik). Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen (Rietmeijer 2014). De werkgroep heeft besloten motiverende gespreksvoering te overwegen bij patiënten die moeilijk te motiveren zijn om gedrag dat bijdraagt aan het ontstaan van de psychische klachten, te veranderen.

De aanpak is altijd gericht op herstel van de dagstructuur met aandacht voor slapen, (gezonde) voeding, beweging, ontspanning en zo mogelijk zinvolle dagactiviteiten (waaronder werk of studie). Daarnaast wordt gewerkt aan de gezamenlijk vastgestelde behandeldoelen.

- Geef de patiënt altijd voorlichting.
- Geef daarnaast, indien van toepassing, adviezen over dagstructurering, werk en ontspanningsmogelijkheden.
- Afhankelijk van de zorgbehoefte kunt u hieraan toevoegen: begeleide zelfhulp, behandelprincipes en deeltechnieken van een psychologische behandeling in de huisartsenpraktijk of een verwijzing naar een welzijnsorganisatie. Het aanbod van interventies verschilt per huisartsenpraktijk.

3.4.1. Voorlichting

De voorlichting kunt u baseren op informatie van [Thuisarts](#) (bijvoorbeeld: [ik heb een psychosociaal probleem](#); [ik ben overspannen](#); [ik heb last van somberheid](#)). Wijs de patiënt op deze website of geef eventueel een print van relevante pagina's mee.

Wijs de patiënt op deze website of geef eventueel een print van relevante pagina's mee. : Lees meer over voorlichting.

[Meer informatie](#)

- Plaats problemen in een sociale context.
- Help bij het benoemen en bewust worden van persoonlijke kracht en energiebronnen.
- Help positief te herinterpreteren (heretiketteren): benadruk positieve eigenschappen die onbedoeld tot de klachten hebben bijgedragen, zoals verantwoordelijkheidsgevoel, doorzettingsvermogen en mantelzorg geven.
- Verklaar de onderlinge samenhang tussen verschillende problemen.
- Leg uit dat psychische klachten regelmatig voorkomen en vaak van voorbijgaande aard zijn. Bijna altijd zijn de klachten gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociale omgeving en gezondheid).

- Leg uit dat de belasting mogelijk de belastbaarheid van de patiënt heeft overschreden.
- Wijs de patiënt erop dat het helpt om te kijken of hij de problemen kan aanpakken of er anders mee om kan gaan.
- Wijs erop dat het delen van zorgen met vertrouwde anderen verlichting kan geven.

3.4.2. Adviezen

Dagstructurering

Bespreek met de patiënt dat het aanbrengen van structuur in de dag en dagelijkse activiteiten kan helpen om problemen te relativiseren en klachten te verminderen. Voldoende nachtrust, op vaste tijden naar bed gaan en opstaan en gezonde maaltijden kunnen bijdragen aan herstel van het geestelijk welzijn. Leg uit dat alcohol en drugs misschien kortdurend ontspanning geven maar op langere termijn geen oplossing bieden en de problemen zelfs kunnen verergeren.

Activiteitenplanning

Bespreek dat het zinvol is om regelmatig afwisselend activerende en ontspannende activiteiten in te plannen met daarbij een balans tussen plichten en plezierige activiteiten.

Werk

Bespreek bij patiënten met betaald werk of vrijwilligerswerk dat (passende) werkactiviteiten vaak een rol spelen bij gezondheid en herstel. Werk en werkomstandigheden kunnen de oorzaak van de klachten zijn, maar kunnen ook benut worden als energiebronnen en zingeving. Werk kan ook structuur en succeservaringen bieden. Vraag na hoe het gaat op het werk en overleg met de patiënt of het nodig is om werk aan te passen, bijvoorbeeld de werkomstandigheden of het aantal uren. Stimuleer de patiënt om dit te bespreken met de werkgever of bedrijfsarts. De bedrijfsarts exploreert welke rol werk speelt bij de bestaande klachten en hoe (aanpassing in) werk kan bijdragen aan herstel in functioneren en gezondheid. Werk kan helpen bij het terugvinden van de eigen regie en balans ([Re-integratie](#) en de [generieke module Arbeid als medicijn](#)).

Fysieke activiteit

Bespreek met de patiënt dat fysieke activiteit,

fysieke activiteit,: Lees meer over fysieke activiteit.

[Meer informatie](#)

sport of running therapy (hardlopen voor personen met psychische klachten onder begeleiding van een gespecialiseerde (fysio)therapeut) de klachten kan verminderen en de conditie verbetert.

Houd daarbij rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid en de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: [Thuisarts:ik wil gezond bewegen](#) en de [NHG-Zorgmodule Bewegen](#)).

Schrijfpoddrachten

Voor patiënten bij wie piekeren op de voorgrond staat, kan het noteren van gedachten en gevoelens leiden tot meer bewustzijn van en inzicht in stresserende gebeurtenissen en gevoelens. Schrijfpoddrachten kunnen ook helpen om de gebeurtenissen te verwerken.

Bron: Terluin B. (2015). Interventies bij overspanning en burn-out. Huisarts Wet. 58:212-6.

Daarmee kan de patiënt al vanaf het eerste consult beginnen. Het schrijven gebeurt bij voorkeur op vaste

tijden, maar niet te lang achter elkaar omdat spanning en emoties flink kunnen oplopen. Na afloop van een schrijfsessie moet de patiënt iets ondernemen om de spanning weer te laten zakken. De patiënt kan het beste opschrijven wat bij hem boven komt of waar hij over piekert. Steekproefsgewijs lezen van enkele passages kan een goede indruk geven van de problematiek waarmee de patiënt worstelt. Vraag bij het vervolgconsult naar het 'huiswerk' om na te gaan of de patiënt er baat bij heeft.

Ontspanningsoefeningen en mindfulness

Bespreek dat ontspanningsoefeningen, yoga, luisteren naar ontspannende muziek of mindfulness

mindfulness: Lees meer over mindfulness.

[Meer informatie](#)

zinvol kunnen zijn, afhankelijk van de interesse en motivatie van de patiënt. Er zijn boeken en online cursussen om deze technieken te leren ([Psychische gezondheid](#); [Mentaal vitaal](#)). De patiënt kan hierbij begeleiding krijgen als hij dat wil, bijvoorbeeld met een (groeps)cursus bij een wijkteam, bij thuiszorgorganisatie of een ggz-instelling. Een POH-GGZ, psycholoog, oefentherapeut, haptonoom of psychosomatisch fysiotherapeut kan ook expertise in ontspanningsoefeningen en mindfulness hebben.

3.4.3. Psychologische en psychosociale behandeling

Het bewijs voor de effectiviteit van deze interventies bij patiënten met psychische klachten is zwak. In de huisartsenpraktijk betreft het vooral gebruik van behandelprincipes en deelt technieken en niet van een volledige psychologische behandeling.

Zelfhulp

Geef de patiënt zelfhulp ter overweging als hij hiervoor gemotiveerd is en zelfstandig een programma kan doorlopen.

Geef de patiënt zelfhulp ter overweging als hij hiervoor gemotiveerd is en zelfstandig een programma kan doorlopen.: Lees meer over psychologische zelfhulpinterventies.

[Meer informatie](#)

Bij voorkeur wordt zelfhulp aangevuld met begeleiding door de huisarts/POH-GGZ.

Zelfhulp kan op verschillende manieren worden toegepast, soms via boeken, maar meestal via internet (e-mental health). Er zijn drie vormen:

- Onbegeleide zelfhulp waarbij mensen informatie, opdrachten en oefeningen krijgen om zelfstandig aan de klachten te werken.
- Begeleide zelfhulp waarbij de patiënt zelfstandig een cursus doorloopt, maar daarbij begeleiding krijgt van de huisarts/POH-GGZ. De begeleiding kan bijvoorbeeld online of telefonisch plaatsvinden en omvat feedback op de opdrachten, zo nodig verhelderende informatie en motivatie om door te gaan. De huisarts/POH beantwoordt ook vragen van de patiënt en bespreekt de voortgang. De huisarts/POH-GGZ gaat in principe niet in op de inhoud van de cursus.
- Gemengde ('blended') hulp waarbij consulten en online begeleiding worden gecombineerd. Patiënten kunnen informatie en oefeningen die zij hebben gekregen in de sessies met de behandelaar nalezen en daarnaast kunnen zij sommige onderdelen van de therapie zelfstandig uitvoeren. In het volgende consult wordt nagegaan in hoeverre dit is gelukt.

Er zijn vele eHealth programma's. Een goed overzicht van de programma's ontbreekt en inzicht in de kwaliteit is er nauwelijks. Voor verdere informatie kunt u de [generieke module eHealth](#) raadplegen.

Kortdurende psychologische behandeling

Voorbeelden van kortdurende psychologische behandelingen zijn [problem solving treatment](#), behandeling volgens [KOP-model](#), oplossingsgerichte gesprekken

oplossingsgerichte gesprekken: De werkgroep is van mening dat oplossingsgerichte therapie een goed uitvoerbare, creatieve behandeling is met een positieve benadering, die uitgaat van oplossingen en niet van de problemen. Daarbij bevordert het de zelfredzaamheid van de patiënt.

en cognitieve gedragstherapeutische technieken.

Welke vorm geschikt is hangt af van de persoonlijkheid en problematiek van de patiënt, en de kennis en ervaring van de huisarts/POH-GGZ.

- Problem Solving Treatment

Problem Solving Treatment (PST) is een korte psychologische behandeling gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie. Een type dat zes sessies omvat is ontwikkeld voor gebruik in de huisartsenpraktijk. PST versterkt de eigen vaardigheden (zelfmanagement) en copingstrategieën van de patiënt met als doel psychische klachten te verminderen die samenhangen met onopgeloste problemen in het dagelijks leven. Psychische klachten verminderen vaak als een patiënt meer controle ervaart doordat hij grip krijgt op deze onopgeloste problemen. Tijdens de behandeling helpt u de patiënt zijn problemen helder te definiëren, zodat duidelijk wordt wat moet veranderen. Aansluitend hierop formuleert u samen heldere doelen. De patiënt leert in een systematische aanpak om actuele maar ook toekomstige problemen effectiever aan te pakken. De nadruk van de behandeling ligt niet zozeer op het oplossen van de problemen, maar op leren om zelf actief met de problemen aan de slag te gaan. U helpt de patiënt om positieve, concrete doelen te formuleren en u stelt zich hierbij op als gids die de patiënt actief leidt naar grotere zelfredzaamheid en naar een meer oplossingsgerichte denkwijze.

- Behandeling volgens KOP-model

Het KOP-model is een kortdurend behandelmodel. KOP staat voor: K (klacht) = O (omstandigheden) x P (persoonlijke stijl). Dit betekent dat klachten (K) het gevolg zijn van de combinatie van stressvolle gebeurtenissen of omstandigheden (O- = draaglast), ondersteunende factoren (O+ = draagkracht) en de manier van reageren daarop, omschreven als 'het persoonlijk functioneren' (P) of de coping stijl.

De behandeling verloopt volgens een min of meer vast patroon: herstel van overzicht, inzicht in de samenhang tussen de onderdelen van het probleem, doelen formuleren, gedragsveranderingstechnieken uitvoeren en terugvalpreventie. Klachten worden gezien als een gevolg van stressvolle levensgebeurtenissen en een op dat moment ontoereikende coping. De focus van de behandeling ligt bij de coping stijl of de manier van omgaan met stress. Patiënten worden bijvoorbeeld via gedragsexperimenten uitgedaagd om andere stijlen van reageren uit te proberen.

Bron: Rijnders P, Heene E. (2015). Handboek kop-model. Kortdurende psychologische interventies voor de Basis-GGZ. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

- Oplossingsgerichte gesprekken

Deze behandeling richt zich niet zozeer op de problemen als wel op het oplossen hiervan. Er wordt via een positieve benadering gewerkt aan de oplossing. De patiënt wordt aangemoedigd om zich te concentreren op de denkbeeldige situatie dat het probleem is opgelost. De focus ligt op het heden en de toekomst. De oplossingen waarmee de patiënt vervolgens komt, passen in het referentiekader van die patiënt. De aandacht ligt niet op het probleem of de klacht van de patiënt, maar op de sterke kanten van de patiënt. De patiënt is de expert. U nodigt de patiënt uit zijn doel te formuleren en zijn uitzonderingen op het probleem te vinden: situaties waarin het probleem zich niet voordoet terwijl dat wel te verwachten is. Dit geeft vaak aanknopingspunten voor

een oplossing. U helpt de patiënt om voort te bouwen op zijn sterke kanten.

Bron: Bannink F. (2013). Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

- Cognitief gedragstherapeutische technieken

In de huisartsenpraktijk wordt geen cognitieve gedragstherapie gegeven, maar u kunt wel cognitieve gedragstherapeutische technieken gebruiken. U brengt eerst samen met de patiënt het problematisch gedrag en de negatieve emoties in kaart. Vervolgens onderzoekt u samen welke gedachten het gedrag en de emoties in stand houden. Wie gebeurtenissen steeds vanuit een negatief standpunt bekijkt, kan immers angstig, somber of geïrriteerd worden. U zoekt samen naar een manier van denken die passender is, waarna de patiënt probeert een geschikt gedragspatroon aan te leren. Hierbij gebruikt u cognitieve uitdaagtechnieken, huiswerkopdrachten en gedragsexperimenten.

Bron: Schreuders B. (2015). Protocollen voor begeleiding van mensen met psychische klachten. Handleiding voor POH-GGZ en overige zorgprofessionals. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sociale begeleiding

Overweeg verwijzing naar het algemeen maatschappelijk werk als aanvulling op de behandeling bij verschillende soorten (materiële en immateriële) problemen die met elkaar verweven zijn, zoals:

- sociaal-materiële problemen, zoals bij huisvesting en financiën;
- problemen met de opvoeding;
- ontbreken van dagbesteding;
- eenzaamheid en relatieproblemen.

Het maatschappelijk werk is vaak onderdeel van een wijkteam.

3.4.4. Terugvalpreventie

Bespreek met de patiënt welke signalen op een terugval kunnen wijzen. Leg uit dat terugval een leermoment kan zijn voor de patiënt. En leermomenten zijn nodig om bij de les te blijven; de kans bestaat dat de patiënt gaat doen wat hij voorheen deed en wat toen bijdroeg aan het ontstaan van de klachten (mogelijke valkuil).

Bespreek wat de patiënt bij een terugval kan doen en zet die afspraken in een signaleringsplan,

- de aangeleerde coping vaardigheden/ zelfhulpmethodieken oppakken;
- zich houden aan de activiteitenplanning en dagstructurering;
- een afspraak maken met de huisarts/POH-GGZ.

3.5. Monitoring

Volg actief hoe de toestand van de patiënt verandert totdat u samen vaststelt dat de patiënt voldoende hersteld is in zijn functioneren. Gebruik hierbij desgewenst de [4DKL](#) als handvat. Is er na vier weken geen verbetering te zien? Exploreer dan de klachten opnieuw en zoek naar factoren die de klachten in stand houden. Zijn er elementen niet aan bod gekomen, spelen er nieuwe dingen, zijn somatische oorzaken voldoende uitgesloten, moet er een extra algemene interventie worden toegevoegd of is er sprake van een psychische stoornis waarbij een algemene behandeling onvoldoende helpt? Is er een reden voor verwijzing naar de ggz?

3.5.1. Kinderen en naastbetrokkenen

Geef aandacht aan de gevolgen van psychische klachten voor eventuele kinderen en naastbetrokkenen en bied passende ondersteuning.

Geef aandacht aan de gevolgen van psychische klachten voor eventuele kinderen en naastbetrokkenen en bied passende ondersteuning.: Wanneer in deze module gesproken wordt van samenwerking met de naasten, wordt daarmee bedoeld dat dit gebeurt met toestemming van en inachtneming van de autonomie van de patiënt, waarbij goed is uitgelegd aan de patiënt wat het voordeel van samenwerking met de naaste is voor de behandeling.

- Kinderen met een ouder die psychische klachten heeft, hebben een hoger risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen of mishandeld te worden. De ouder met psychische problematiek is niet altijd in staat om de rol als opvoeder (volledig) te vervullen. Het risico op problemen bij kinderen is groter naarmate het kind jonger is, de klachten bij de ouder ernstiger en langduriger aanwezig zijn en het sociale netwerk beperkter is.
- Bij patiënten met langer durende problematiek die zorgtaken voor kinderen hebben, let u op signalen van (psychische) problemen bij het kind, huiselijk geweld en kindermishandeling. Vermoedt u dat er risico's zijn? Inventariseer dit dan en doe een kindcheck.
- Naastbetrokkenen van mensen met psychische klachten kunnen extra belast zijn door het bieden van emotionele steun, toezicht houden op naleven van adviezen of medicatie, huishoudelijke hulp of hulp bij het nakomen van verplichtingen als werknemer of ouder. Zij worden vaak geconfronteerd met stigmatisering, schuldgevoelens, veranderingen in het gedrag van de patiënt, een veranderde relatie met de patiënt en onvoorspelbaarheid. Dit is een verschil met naastbetrokkenen van mensen met somatische aandoeningen. Zie de generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek voor meer informatie.

3.6. Herstel, participatie en re-integratie

Als huisarts/POH-GGZ:

- heeft u oog voor invloed van de psychische klachten op de diverse rollen die de patiënt vervult (en andersom);
- stimuleert u maatschappelijke, passende participatie van de patiënt.

Lukt het een patiënt niet om een of meer sociale rollen te vervullen? Bekijk dan samen hoe hij die rollen stap voor stap weer op kan pakken. Het kan zijn dat een van de sociale rollen meespeelde bij het ontstaan van de klachten (bijvoorbeeld het geven van mantelzorg). Bespreek dan met de patiënt welke aanpassingen of alternatieven gewenst en mogelijk zijn.

In de praktijk blijkt 'werk' vaak een rol die de patiënt laat vallen. Toch is geheel verzuim vanwege psychische klachten lang niet altijd noodzakelijk en bevordert verzuim zeker niet altijd het herstel. Passend werk is juist goed voor de gezondheid.

- Vraag de patiënt hoe het met werk gaat. Toon aandacht voor energiebronnen en zingeving in en door werk.
- Lijkt de patiënt werk te vermijden, benoem en bespreek dit dan.
- Vraag de patiënt om een deel van zijn werk in te vullen, eventueel in aangepaste vorm.
- Stimuleer de patiënt om contact op te nemen met de bedrijfsarts om verdere begeleiding in de werkcontext adequaat in te vullen.

Probeer langdurig verzuim (langer dan drie maanden) te voorkomen omdat de kans op succesvolle werkherleving kleiner wordt naarmate het verzuim langer duurt. De drempel voor werkherleving neemt niet alleen toe voor de patiënt zelf, maar ook voor de werkgever.

3.6.1. Rechten en plichten bij verzuim

Bij gezondheidsklachten met werkverzuim stelt de Wet Verbetering Poortwachter de werkgever en werknemer samen verantwoordelijk voor passende re-integratie en het zo snel mogelijk beperken van verzuim. Beiden hebben hierbij taken. De werkgever moet bereid zijn om aard en omstandigheden van werk (waaronder werktijden) aan te passen aan de restcapaciteiten van de patiënt. De werknemer moet bereid zijn zulk aangepast werk te accepteren (mits binnen zijn vermogens). Elke werkgever is wettelijk verplicht zich bij de verzuimbegeleiding te laten bijstaan door een arbodienst of bedrijfsarts en binnen één week de verzuimmelding door te geven. De werknemer heeft, bij verzuim, recht op advies van een bedrijfsarts. In de praktijk kennen werknemers vaak hun rechten bij verzuim niet en worden bedrijfsartsen amper geïnformeerd. Een werknemer is verplicht zijn werkgever te informeren over zijn beperkingen, maar is niet verplicht de daaraan ten grondslag liggende klachten te melden. Vaak komt er pas een consult als het verzuim langer bestaat en de werkgever een plan van aanpak op moet gaan stellen. Die verplichting geldt na acht weken verzuim. Bij enkele bedrijven is dit beter geregeld en is contact met de bedrijfsarts zelfs mogelijk voordat verzuim optreedt.

- Informeer de patiënt over zijn wettelijk recht op (vroeg) contact met en advies van de bedrijfsarts.
- Vermeld dat een bedrijfsarts, net als u, geheimhouding kent en uitsluitend arbeids(on)mogelijkheden en werkadviezen mag terugkoppelen aan de werkgever en niet de diagnose of inhoud van de klachten.

De bedrijfsarts heeft, aanvullend op uw begeleiding, meer zicht op de daadwerkelijke mogelijkheden tot (werk)aanpassing. Hij kan bovendien met de werknemer bespreken welke aanpak in werk het meest succesvol kan zijn.

Voor patiënten die niet verzuimen is er momenteel wettelijk nog geen mogelijkheid om een afspraak te maken voor het 'open' spreekuur van de bedrijfsarts. In de praktijk bieden enkele, met name grotere bedrijven dit wel aan.

In het algemeen hebben zelfstandigen zonder personeel (ZZP'ers) geen reguliere bedrijfsarts. De primaire arbeidsgelateerde zorg voor zelfstandigen en vrijwilligers ligt bij de huisarts/POH-GGZ. Als huisarts kunt u hen wel adviseren om advies in te winnen bij een bedrijfsarts omdat deze meer kennis heeft over de mogelijke relatie tussen arbeid en gezondheidsklachten. Een aantal arbeidsongeschiktheidsverzekeraars (voor ZZP-ers) voorziet in een betaalde mogelijkheid hiervoor.

Zie voor meer informatie de [generieke module Arbeid als medicijn](#).

4. Organisatie van zorg

4.1. Zorg in de huisartsenpraktijk

Voor optimale zorg is samenwerking tussen de zorgverleners in de huisartsenpraktijk en met zorgverleners buiten de praktijk nodig.

4.1.1. Zorg in de huisartsenpraktijk

Zorgverleners in de huisartsenpraktijk zijn huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkassistenten. De huisarts en POH-GGZ voeren de diagnostiek en behandeling van de patiënt met psychische klachten uit. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de zorg en is deskundig op het gebied van de veelvoorkomende psychische klachten en de behandeling ervan. Daarnaast is de huisarts op de hoogte van de kennis en kunde van de POH-GGZ. De POH-GGZ werkt volgens de huisartsgeneeskundige kernwaarden en verleent generalistische, persoonsgerichte zorg aan de patiënt met psychische klachten.

Per praktijk verschillen de precieze afspraken over de werkwijzen, taakverdeling, bevoegdheden en verantwoordelijkheden en over de informatieverstrekking en terugkoppeling bij verwijzing naar zorgverleners buiten de praktijk.

- De POH-GGZ is een sociaal psychiatrische verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werkende met ervaring in de GGZ en met een aanvullende POH-GGZ opleiding.
- De POH-GGZ voldoet aan het LHV-functie- en competentieprofiel. Dit profiel beschrijft de CANMEDS-rollen en competenties waarover een POH-GGZ moet beschikken. Het verduidelijkt de rol van de POH-GGZ en zijn invulling van de functie. Daarnaast is de huisarts op de hoogte van de specifieke kennis, kunde en (werk)ervaring van de POH-GGZ.
- Tussen de huisarts en de POH-GGZ bestaan korte lijnen. Zij hebben een intensieve samenwerkingsrelatie. Goede informatie-uitwisseling tussen huisarts en POH-GGZ is een belangrijke voorwaarde. Op vaste momenten vindt overleg plaats en buiten die momenten moet ongepland incidenteel overleg mogelijk zijn.
- De POH-GGZ werkt in het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) of Keten Informatie Systeem (KIS) en kent de eisen voor de privacy en patiëntveiligheid. Er zijn afspraken over de dossiervoering binnen een praktijk zodat iedereen op de hoogte is van elkaars bevindingen en activiteiten.
- De POH-GGZ legt en onderhoudt contacten en bevordert de samenwerking tussen verschillende hulpverleners, zowel intern als extern. Denk aan wijkteams, Centrum voor Jeugd en Gezin, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en het gemeentelijke Wmo-loket.

4.2. Buiten de huisartsenpraktijk

De huisarts en POH-GGZ hebben kennis van de lokale en regionale sociale kaart en weten hoe zij in contact kunnen komen met lokale en regionale welzijnsorganisaties, wijkteams, lotgenotencontact, geestelijk verzorgenden, ervaringsdeskundigen, patiëntenorganisaties, generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz en het Wmo-loket.

Generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz

In de [Landelijke samenwerkingsafspraken ggz tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz](#) zijn aanbevelingen geformuleerd over de vorm en inhoud van verwijzing, consultatie, taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis hiervan worden regionale en lokale samenwerkingsafspraken tussen huisarts en behandelaren in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz gemaakt.

Welzijnsorganisaties

Welzijnsorganisaties zijn meestal (deels) in een wijkteam ondergebracht. Denk aan Centrum voor Jeugd en Gezondheid (CJG), Zorgadviesteam (ZAT), ouderen, bemoeizorg, algemeen maatschappelijk werk et cetera.

Wijkteams

Elke gemeente bepaalt zelf óf zij een wijkteam inricht en hoe. Er zijn verschillende soorten wijkteams, met verschillende doelstellingen, benaming en samenstelling. Er zijn:

- wijkteams die bemoeizorg leveren;
- 'algemene' wijkteams voor alle vragen op gebied van zorg en ondersteuning;
- wijkteams die een indicerende en/of behandelende rol hebben.
- In wijkteams zijn vaak jeugdzorg, maatschappelijk werk, ggz en ondersteuningsorganisaties voor mensen met een beperking vertegenwoordigd.

Het is belangrijk dat de huisartsenpraktijk een bijdrage levert aan een goede samenwerking en gestructureerd overleg met wijkteams. De huisarts stelt zich op de hoogte van het aanbod van het wijkteam. De huisarts spreekt af hoe en wanneer het wijkteam informatie terugkoppelt. Het kan bijvoorbeeld gaan om informatie over afwijkend gedrag en aanraking met justitie. De huisarts kan vanwege zijn beroepsgeheim geen persoonsgegevens of medische informatie geven, ook niet mondeling, tenzij er een verzoek conform de

KNMG-richtlijnen wordt ingediend. Als de patiënt toestemming heeft verleend, beantwoordt de huisarts gerichte vragen met relevante medische informatie van feitelijke aard.

Het is van belang dat er binnen de huisartsenpraktijk één contactpersoon met het wijkteam is aangesteld. Dat kan de huisarts zelf zijn, maar hij kan de taak ook overdragen aan bijvoorbeeld de POH-GGZ.

Zie ook de LHV-Notitie [Aanbevelingen samenwerking huisarts en wijkteams](#).

4.3. Financiering

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

5. Kwaliteitsindicatoren

5.1. Algemeen

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz ontwikkelt een indicatorenset inclusief bijbehorende meetinstrumenten die van toepassing zijn op alle ggz standaarden.

6. Achtergronddocumenten

6.1. Samenstelling werkgroep

Deze generieke module is tot stand gekomen in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz in samenwerking Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Landelijke vereniging voor POH-GGZ (LV POH GGZ), de Expertgroep kaderhuisartsen GGZ (Psyhag) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Werkgroep

Werkgroep: NVKG, Stichting Topklinische GGZ en Vereniging voor Manisch Depressieven en Betrokkenen (VMDB) hebben afgezien van autorisatie.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

Voor Stichting Topklinische GGZ was met name de keuze om specialistische en hoog specialistische ggz

niet als afzonderlijke functies te beschrijven (wat zij onwenselijk vinden) reden om niet te autoriseren.

De VMDB heeft ook afgezien van autorisatie omdat zij van mening zijn dat het gebruik van psychofarmaca bij psychische klachten heeft excessieve vormen aangenomen. Dat er door huisartsen veel te snel en veel te gemakkelijk wordt voorgeschreven daar zijn de experts het over eens. Dit betekent dat er een fundamentele verandering noodzakelijk is in de huisartsenpraktijk. Het is dan ook moeilijk voorstelbaar dat er in deze kwaliteitsstandaard geen aandacht wordt beschreven aan het (verminderen van het) voorschrijven van psychofarmaca. Wat zijn de juiste criteria om wel of niet medicatie voor te schrijven? Aangezien het hier om een zeer fundamenteel onderdeel zou moeten gaan van deze standaard kunnen wij niet akkoord gaan met de standaard.

Werkgroep	Richard Starmans, voorzitter (NHG, Psyhag), Chantal Emaus (NHG), Anne Marie Kamevaar-Kegel (LP GGZ), Naomi Koning (NHG), Monique Loo (NVAB), Marian Oud (NHG, Psyhag), Ria Mous (LVVP), Leonore Nicolai (LV POH GGZ), Berend Terluin (NHG), Paul Ulrich (Mind Landelijk Platform Psychische Gezondheid)
Adviesgroep	P. Dingemans (NIP)
Ondersteuning	Mariëlle van Avendonk (NHG, senior wetenschappelijk medewerker), Tjerk Wiersma (NHG, senior wetenschappelijk medewerker), Jako Burgers (NHG, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap), Léonie Langerak (NHG, secretaresse), Lian Hielkema (NHG, medisch informatiespecialist).

6.2. Literatuurlijst

Bannink F. Oplossingsgerichte vragen. Handboek oplossingsgerichte gespreksvoering. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V., 2013.

Batelaan NM, De Graaf R, Penninx BW, Van Balkom AJ, Vollebergh WA, Beekman AT. The 2-year prognosis of panic episodes in the general population. *Psychol Med* 2010;40:147-57.

Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. *BMC Med* 2010;8:38.

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;9:Cd004366.

Cuijpers P, Smit F, Willemse G. Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primary care: A prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:133-8.

Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assesment: Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Med* 2009;7:79.

Fogel J, Eaton WW, Ford DE. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder

over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:36-43.

Forsell Y. A three-year follow-up of major depression, dysthymia, minor depression and subsyndromal depression: Results from a population-based study. *Depress Anxiety* 2007;24:62-5.

Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med* 2007;37:1217-28.

Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174:357-68.

Hermens ML, Van Hout HP, Terluin B, Van der Windt DA, Beekman AT, Van Dyck R, et al. The prognosis of minor depression in the general population: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:453-62.

Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K. Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years. *Psychosom Med.* 2007;69:270-6.

Joling KJ, Van Hout HP, Van 't Veer-Tazelaar PJ, Van der Horst HE, Cuijpers P, Van de Ven PM, et al. How effective is bibliotherapy for very old adults with subthreshold depression? A randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:256-65.

Karsten J, Penninx BW, Verboom CE, Nolen WA, Hartman CA. Course and risk factors of functional impairment in subthreshold depression and anxiety. *Depress Anxiety* 2013;30:386-94.

Karsten J, Hartman CA, Smit JH, Zitman FG, Beekman AT, Cuijpers P, et al. Psychiatric history and subthreshold symptoms as predictors of the occurrence of depressive or anxiety disorder within 2 years. *Br J Psychiatry* 2011;198:206-12.

Klein DN, Shankman SA, Lewinsohn PM, Seeley JR. Subthreshold depressive disorder in adolescents: Predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:703-10.

LHV, NHG, PsyHAG, InEen, Samenwerkende hogescholen. Functie- en competentieprofiel POH-GGZ (2014)

https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/products/functieprofiel_poh-ggz_2014_def.pdf

LHV. Notitie Aanbevelingen samenwerking huisarts en wijkteams (2015).

https://www.lhv.nl/sites/default/files/content/lhv_nl/uploads/nieuws/notitie_sociale_wijkteams.pdf

Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2008;8:41.

McBride O, Adamson G. Are subthreshold alcohol dependence symptoms a risk factor for developing DSM-IV alcohol use disorders? A three-year prospective study of 'diagnostic orphans' in a national sample. *Addict Behav* 2010;35:586-92.

Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011;129:126-42.

Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: A systematic review. *Ann Gen Psychiatry* 2008;7:13.

Morgan AJ, Jorm AF, Mackinnon AJ. Usage and reported helpfulness of self-help strategies by adults with subthreshold depression. *J Affect Disord* 2012;136:393-7.

NVAB. Richtlijn handelen van de bedrijfsarts bij werkenden met psychische problemen (2007). www.nvab.nl

online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Psychische%20Problemen%20RL.pdf

Oxman TE, Hegel MT, Hull JG, Dietrich AJ. Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:933-43.

Rai D, Skapinakis P, Wiles N, Lewis G, Araya R. Common mental disorders, subthreshold symptoms and disability: Longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2010;197:411-2.

Ram P. Het probleem en de hulpvraag. *Huisarts Wet* 2005;48:128.

Regeer EJ, Krabbendam L, De Graaf, R., Ten Have, M., Nolen WA, Van Os J. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. *Psychol Med* 2006;36:619-27.

Rietmeijer CBT. Motiverende gespreksvoering. *Huisarts Wet* 2014;57:202-5.

Rijnders P, Heene E. Handboek kop-model. Kortdurende psychologische interventies voor de Basis-GGZ. Amsterdam: Uitgeverij Boom, 2015.

Rosendal M, Vedsted P, Christensen KS, Moth G. Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:43-9.

Schreuders B. Protocollen voor begeleiding van mensen met psychische klachten. Handleiding voor POH-GGZ en overige zorgprofessionals. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2015.

Terluin B. Interventies bij overspanning en burn-out. *Huisarts Wet* 2015;58:212-6.

Terluin B, Van Marwijk HW, Ader HJ, De Vet HC, Penninx BW, Hermens ML, et al. The four-dimensional symptom questionnaire (4dsq): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry* 2006;6:34.

Van Orden M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Collaborative mental health care versus care as usual in a primary care setting: A randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2009;60:74-9.

Wagner HR, Burns BJ, Broadhead WE, Yarnall KS, Sigmon A, Gaynes BN. Minor depression in family practice: Functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychol Med* 2000;30:1377-90.

ZonMw. Positieve gezondheid: 'Focus op de kracht en eigen regie van mensen' (2014). www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Begip_Gezondheid/Factsheet_Positieve_gezondheid.pdf

6.3. Verdieping

6.3.1. Uitgangsvragen

De module volgt onderstaande opbouw. Voor de onderdelen 'preventie en diagnostiek' en 'behandeling' zijn uitgangsvragen opgesteld. Vervolgens is er systematisch gezocht naar richtlijnen en systematische reviews. Voor het onderdeel 'Samenwerking, consultatie en verwijzing' is gebruik gemaakt van beleidsnota's en samenwerkingsafspraken.

Beschrijving van de doelgroep

Afbakening: wat valt onder de huisartsenzorg? Wat valt onder klachten?

Achtergronden

Beschrijving van epidemiologie, risicogroepen, sociale en arbeidsparticipatie, kwaliteit van leven, natuurlijk

beloop.

Preventie en diagnostiek

- Wat is het effect van preventie en vroegsignalering van psychische klachten in de huisartsenpraktijk?
- Welke klachten, symptomen en signalen zijn suggestief voor psychische klachten?
- Welke anamnestiche gegevens zijn relevant om het vermoeden verder te versterken of ontcrachten?
- Wat is relevante comorbiditeit om na te gaan?
- Is er invloed van etniciteit en cultuur, sekse, SES en leeftijd op de diagnostiek bij psychische klachten?
- Wat is de plaats van bestaande vragenlijsten bij de huisartsgeneeskundige diagnostiek en welke zijn gevalideerd?
- Wat is de sensitiviteit en specificiteit van de vragenlijsten?
- Is het lichamelijk onderzoek van toepassing bij de verdenking op psychische klachten?
- Welk onderscheid is mogelijk en nodig tussen de verschillende definities/diagnosen?

Behandeling

- Wat is de effectiviteit van voorlichting/psycho-educatie bij psychische klachten?
- Wat is de effectiviteit van algemene interventies bij psychische klachten op herstel, sociale en arbeidsparticipatie en kwaliteit van leven?

Controle

Vragen die hier worden beantwoord zijn:

- Wat is de rol van de huisarts bij controlebeleid?
- Waarop controleren en hoe vaak? Wat zijn adequate afspraken over herhaalmedicatie en terugvalpreventie?
- Samenwerking, consultatie en verwijzing
- Taakverdeling huisarts en POH GGZ.
- Wanneer wordt er terugverwezen naar de huisarts?
- Hoe communiceren de verschillende zorgverleners met elkaar? Welke informatie dient er op welke termijn te worden overgedragen?
- Wanneer dient een huisarts door te verwijzen en naar wie?
- Welke afspraken moeten er regionaal gemaakt worden?
- Is de sociale kaart helder?
- Wat zijn de indicaties voor consultatie of verwijzing naar welzijn, maatschappelijk werk, bedrijfsarts, generalistische basis-GGZ of gespecialiseerde GGZ?

6.3.2. Natuurlijk beloop

Een Amerikaans prospectief cohortonderzoek volgde het verloop van psychische klachten bij volwassenen die zich met een lichamelijke klacht meldden in een eerstelijns walk-in-kliniek. De psychische aandoeningen werden op baseline via een interview (n=500) en na 5 jaar via een vragenlijst (n=387) bepaald. Op baseline had 29% van de patiënten een psychische aandoening (major depressie, minor depressie, paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis, angst niet anders gespecificeerd), na 5 jaar nog 14%. Van de mensen met een 'subthreshold' aandoening (minor depressie en angst NOS) op baseline hadden de meesten geen aandoening meer na 5 jaar, maar bij 8-12% ontwikkelde zich een 'threshold' aandoening.

Bron: Jackson, 2007.

De meeste onderzoeken betreffen het beloop van alleen depressieve klachten. Een review van 5 onderzoeken (van 3 cohorten) in de algemene bevolking toonde een redelijk goede prognose van 'minor' depressie: na 1 jaar follow-up was 71,4% in remissie en 12,7% had een depressie of dysthymie ontwikkeld, na 6 jaar was dit respectievelijk 48% en 27%.

Bron: Hermens, 2004.

In prospectieve cohortonderzoeken varieerde het deel van de volwassenen met depressieve klachten dat een depressie ontwikkelde in de algemene bevolking van 13-14% na 3 jaar en 19% na 15 jaar follow-up tot 18-19% in de huisartsenpraktijk na 1 jaar follow-up.

Bron: Cuijpers 2005, Fogel 2006, Forsell 2007, Regeer 2006, Wagner 2000.

Een review over 'subthreshold' depressie bij ouderen (>55 jaar) in de algemene bevolking, de eerste en tweede lijn (181 onderzoeken) toonde een mediane remissie van 27% na 1 jaar van depressieve klachten.

Bron: Meeks 2011.

Een Amerikaans cohortonderzoek liet zien dat 67% van middelbare scholieren met depressieve klachten (n=225) op 30-jarige leeftijd een depressie had ontwikkeld.

Bron: Klein, 2009.

In de algemene bevolking werd retrospectief het beloop gedurende 2 jaar van een 'subthreshold' paniekstoornis bij 73 volwassenen onderzocht. Bij 80,8% van de patiënten werd remissie bereikt. De gemiddelde tijd tot remissie was 4,1 maanden. Terugkeer van de klachten vond plaats bij 37% van de mensen die in remissie waren.

Bron: Batelaan, 2010.

In een Amerikaans longitudinaal onderzoek (n= 15.751) naar alcoholafhankelijkheid bleek dat 11,5% van de deelnemers met 1 DSM-IV criterium hiervoor, na 4 jaar alcoholafhankelijkheid ontwikkelde. Van de deelnemers met 2 criteria was dat 20,7%.

Bron: McBride, 2010.

Een Nederlands prospectief cohortonderzoek (Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)) onderzocht tijdens een follow-up van 2 jaar in welke mate een voorgeschiedenis van angst- of depressieve klachten ('subthreshold') het ontstaan van een stoornis voorspelde. De deelnemers (n=1167) kwamen uit de algemene bevolking, de huisartsenpraktijk en ggz, waarbij een groot deel een verhoogd risico op een depressie of angststoornis had. Van de deelnemers met op baseline depressieve klachten (n=369) ontwikkelde 27,9% een depressie of dysthymie (t.o.v. 7,1% zonder depressieve klachten) en van de deelnemers met angstklachten (n=227) ontwikkelde 25,6% een angststoornis (t.o.v. 7,7% zonder angstklachten). Het hebben van depressieve klachten verhoogde de kans op het ontwikkelen van een depressie of dysthymie (OR 6,23; 95%-BI 3,31 tot 11,74) en een angststoornis (OR 3,47; 95%-BI 1,78 tot 6,78). Het hebben van angstklachten verhoogde de kans op het ontwikkelen van een angststoornis (OR 2,65; 95%-BI 1,41 tot 4,99), maar niet op een depressie of dysthymie (OR 1,07; 95%-BI 0,60 tot 1,92).

Bron: Karsten, 2011.

Conclusie: Het beloop van psychische klachten (subthreshold, minor) is redelijk goed. Bij een groot deel van de volwassenen met psychische klachten ontwikkelt zich geen DSM-geclassificeerde stoornis. Bij ouderen en adolescenten is de prognose slechter dan bij volwassenen. De onderzoeken zijn vooral verricht bij patiënten met depressieve klachten, het beloop van andere klachten is weinig onderzocht.

6.3.3. Functionele beperkingen

Een Nederlands cohortonderzoek (Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)) onderzocht de functionele beperkingen en het beloop hiervan bij personen met angst- en/of depressieve klachten ('subthreshold depression and anxiety') en personen zonder deze psychische klachten (n = 1266, 18-65 jaar) gedurende 2 jaar. De functionele beperkingen werden gemeten met de World Health Organization Disability Assessment Schedule-II (WHODAS II). Deze vragenlijst bevat 36 items verdeeld in 6 subschalen: 1. Communicatie, 2. Fysieke mobiliteit, 3. Zelfzorg, 4. Interpersoonlijke interactie, 5. Huishoudelijke activiteiten of werk en 6. Maatschappelijke participatie. Hoe hoger de score, hoe meer beperkingen (0-100). De personen met psychische klachten ervoeren meer beperkingen dan de personen zonder deze klachten op baseline 23,1 (sd 13,3) vs. 8,2 (sd 8,7) (p<0,001). Zij waren het meest beperkt in huishoudelijke activiteiten of werk en het minst in zelfzorg gedurende de gehele follow-up. Het functioneren verbeterde gedurende de follow-up bij de personen met klachten, maar bleef slechter dan bij de controlepersonen (na 2 jaar 18,6 (sd 13,7) vs 7,4 (sd 8,7) (p<0,001)). Er werd een aantal significante voorspellers gevonden voor functionele beperkingen: een angststoornis in de voorgeschiedenis, neuroticisme, weinig plichtsgetrouw, somatische aandoeningen of trauma in de kindertijd

Bron: Karsten 2013.

Een Brits cohortonderzoek vergeleek functionele beperkingen tussen personen met een depressie, angststoornis of een combinatie hiervan, personen met psychische klachten ('subthreshold') en personen zonder psychische pathologie gedurende 1,5 jaar (n=2406, 16-74 jaar). De functionele beperkingen werden gemeten in zeven domeinen: zelfzorg, gebruik maken van vervoer, medische zorg, huishoudelijke activiteiten, praktische activiteiten, omgaan met papierwerk en geldzaken. Degenen die werkten werd gevraagd hoeveel dagen zij zich ziek gemeld hadden. Van de mensen die op baseline geen functionele beperking hadden (n = 1573), ontwikkelde zich een functionele beperking gedurende de follow-up bij 14,8% van de mensen met een stoornis, bij 12,6% met een klacht en bij 7,7% zonder pathologie (klachten versus geen pathologie: OR = 2,2; 95%-BI 1,3 tot 3,6; stoornissen vs. geen pathologie: 2,5; 95%-BI 1,5 tot 4,3). Van de deelnemers die werkten op baseline (n=1317) meldden mensen met klachten (OR 1,9; 95%-BI 1,1 tot 3,5) en stoornissen (OR 2,9; 95%-BI 1,6 tot 5,2) zich vaker > 14 dagen ziek dan mensen zonder psychische pathologie.

Bron: Rai, 2010.

In de periode 2007-2009 was 7% van de mensen (15-64 jaar) met een DSM-geclassificeerde psychische stoornis werkeloos, tegenover 3,5% van de mensen zonder een psychische aandoening. [In 2012 was bij 39% van de arbeidsongeschikte personen een psychische stoornis de primaire aanleiding.](#)

Conclusie: Mensen met psychische klachten en stoornissen hebben meer beperkingen in het dagelijks functioneren dan mensen zonder psychische pathologie.

6.3.4. Klachtexploratie modellen

Er zijn verschillende modellen die behulpzaam kunnen zijn bij het structureren van de klachtenexploratie.

SCEGS gaat uit van de drie dimensies van het bio-psychosociale model en splitst deze uit in vijf bevaagbare dimensies: de Somatische, de Psychologische (Cognities), de Emotionele, de Gedragmatige en de Sociale dimensie. Klachtexploratie volgens SCEGS is in principe bruikbaar bij elke aan de huisarts gepresenteerde klacht. De uitgebreidheid van het uitvragen van de vijf dimensies is afhankelijk van het soort klacht en de context.

Somatische dimensie: Wat zijn de lichamelijke klachten, begeleidende symptomen en het medicatiegebruik?

Psychologische dimensie met de cognitieve dimensie: Wat ziet de patiënt als oorzaak of verklaring voor

zijn/haar klachten? Denkt de patiënt dat bepaald gedrag de klachten kan beïnvloeden? Welke verwachting heeft patiënt over het beloop van de klachten en over medische hulp?

Emotionele dimensie: Hoe voelt de patiënt zich over de klacht? Is de patiënt ongerust? Zo ja, waarover precies en wat is de aanleiding?

Gedragsdimensie: Wat doet iemand bij klachten en helpt dat? Worden er ook activiteiten vermeden vanwege de klachten? Welke en waarom?

Sociale dimensie: Welke gevolgen hebben de klachten in sociaal opzicht (zoals thuis en op het werk)? Kan de patiënt nog naar tevredenheid functioneren? Hoe reageert de omgeving?

De BATHE-techniek is een vorm van gespreksvoering voor de huisartsenpraktijk. BATHE is een acroniem voor Background, Affect, Trouble, Handling en Empathy.

Background. Achtergrond en context van de klachten met als vraag: Wat gebeurt er op dit moment in uw leven?

Affect. Emotionele lading die met de achtergrond verbonden is: Hoe voelt u zich hierover, welke emoties brengt het met zich mee?

Trouble. Hierbij gaat het om de cognitieve betekenis die ermee verbonden is: Wat is het moeilijkste voor u in deze situatie?

Handling. Hierbij wordt de coping van de patiënt geëxploreerd. Hoe functioneert een patiënt of juist niet, hoe hanteert deze de problematiek/situatie en over welke mogelijkheden/hulpbronnen beschikt iemand: Hoe hanteert u de situatie?

Empathy. Als afsluiting dient een empathische reflectie die de patiënt geruststelt, het gevoel geeft dat de dokter meeleeft en het gevoel geeft dat de vertoonde reactie normaal is. 'Dat moet heel moeilijk voor u zijn.' Door dit niet direct maar pas als afsluiting van de exploratie te doen, kan het voorafgaande opener worden besproken.

Positieve gezondheid: 'Health as the ability to adapt and to selfmanage, in the face of social, physical and emotional challenges' (M. Huber). Zes dimensies waaraan je gezondheid kunt aflezen:

- lichamelijke functies;
- mentale functies en beleving (cognitief functioneren, emotionele toestand, zelfmanagement);
- spirituele/existentiële dimensie (zingeving, doelen, acceptatie);
- kwaliteit van leven;
- sociaal-maatschappelijke participatie;
- dagelijks functioneren.

Conclusie: de vragen in de klachtenexploratie in de hoofdttekst zijn gebaseerd op bovenstaande modellen. Voor hulp bij het structureren en uitbreiden van de klachtenexploratie kan de huisarts op basis van persoonlijke voorkeur gebruik maken van een van bovenstaande modellen.

6.3.5. Zelfhulp

Een beschrijvende review heeft de effectiviteit van 38 zelfhulpstrategieën bij depressie en depressieve klachten beoordeeld. De interventies werden gestructureerd in zes hoofdgroepen: 1. Kruiden en vitamines, 2. Cafeïne, 3. Dieet, 4. Psychologische interventie, 5. Leefstijlverandering en 6. Fysische en sensorische methoden. Van de kruiden en vitamines werd alleen van Omega-3 vetzuren een RCT (n=49) gevonden waarin effectiviteit te zien was. Van cafeïne en diëten is geen effectiviteit aangetoond. In de groep psychologische zelfhulp was er zwak bewijs voor de effectiviteit van autogene training (mentale oefeningen in lichaamsbewustzijn) (1 RCT; n=134). Afleiding (het bedenken of visualiseren van fijne of neutrale gedachten) lijkt tijdelijk werkzaam. Voor meditatie is inconsistent bewijs en voor relaxatietherapie is geen onderbouwing. Van de groep leefstijlveranderingen lieten het houden van huisdieren, humor, muziek en zingen een positief effect zien. Bewegen en sporten hadden inconsistente resultaten, dit gold ook voor het doen van 'leuke'

activiteiten, yoga en tai-chi. In de groep van de fysieke methoden was lichttherapie effectief bij lichte vormen van winterdepressie, waren er inconsistente resultaten voor massage en was er beperkt bewijs voor de effectiviteit van negatieve air ionisatie. De auteurs concluderen dat het bewijs voor de effectiviteit van de onderzochte manieren van zelfhulp voor depressieve klachten zeer beperkt is (trials van slechte kwaliteit en van korte duur), al lijken sommigen veelbelovend.

Na deze review is er een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd, waarin 26 zelfhulpstrategieën werden voorgelegd aan volwassenen (n = 1326; gemiddelde leeftijd 36 jaar, 78% vrouw) met een 'subthreshold' depressie. De strategieën waren een combinatie van 14 strategieën die door experts als waarschijnlijk helpend worden beschouwd (bijvoorbeeld een gezond dieet, fysieke activiteit, elke dag het huis uit, familie en vrienden op de hoogte brengen van je gevoelens), 8 strategieën die waarschijnlijk minder helpend maar niet schadelijk zijn (bijvoorbeeld een warm bad, massage, yoga, visolie) en 4 potentieel schadelijk strategieën (bijvoorbeeld meer tijd alleen zijn, alcohol drinken, marihuana gebruiken). De deelnemers moesten aangeven hoe vaak zij de afgelopen maand een strategie gebruikten en hoe helpend deze was. De meest helpende strategie bleek fysieke activiteit en de minst helpende was alleen zijn. De deelnemers scoorden de strategieën vaak gelijk aan die van de experts. Yoga en massage werden echter door de deelnemers als helpend gescoord, maar minder door de experts. De associatie tussen de frequentie van gebruik van de strategie en mate van effectiviteit was bij alle strategieën laag.

Bron: Morgan, 2012.

Conclusie: Het bewijs voor effectiviteit van verschillende zelfhulpstrategieën bij depressieve klachten is zwak. Mogelijk kunnen deze individueel werkzaam zijn, als zij zijn afgestemd op persoonlijke voorkeur en stijl van de patiënt. Er is geen onderzoek gevonden specifiek voor psychische klachten en het effect van zelfhulpstrategieën.

6.3.6. 4DKL

Met de uitkomsten van deze door de patiënten zelf (thuis) in te vullen lijst kunnen de huisarts en patiënt beoordelen of en op welk vlak verdere diagnostiek en behandeling nodig is. Ook kan deze lijst gebruikt worden voor het volgen van de klachten in de loop van de tijd. De lijst bestaat uit 50 items verdeeld in 4 dimensies (distress, depressie, angst, somatisatie), met vragen naar klachten in de afgelopen zeven dagen. De 50 items zijn verdeeld over 16 items voor distress, 6 items voor depressie, 12 items voor angst en 16 items voor somatisatie. De vragen worden beantwoord met: "nee" (0 punten), "soms" (1 punt), "regelmatig", "vaak", "heel vaak" of "voortdurend" (allemaal 2 punten). Hoe hoger de somatisatie-, depressie- of angstscore, hoe groter de kans op het bestaan van respectievelijk somatisatie, een depressie of een angststoornis. De huisarts bespreekt de 4DKL-uitkomsten met de patiënt en maakt onderscheid tussen spannings-, angst-, depressieve en somatisatieklachten. De uitkomsten zijn als volgt te interpreteren: bij alleen spanningsklachten: hoge score op distress en lage op depressie en angst; bij angst- of depressieve klachten: hoge score op distress en op angst respectievelijk depressie. Hoe hoger de score op distress, hoe groter het subjectief lijden en hoe groter de kans op sociaal disfunctioneren. Bij somatisatieklachten is er een hoge score op somatisatie en meestal ook op distress.

- De Distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).
- De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis: ernstige anhedonie en depressieve cognities.
- De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen: irrationele en fobische angst.
- De Somatisatieschaal vraagt naar een scala aan functionele lichamelijke klachten. De 4DKL is gratis beschikbaar via internet voor niet-commerciële doeleinden.

In een cross-sectioneel onderzoek met gegevens uit 10 eerstelijns onderzoeken is de criterium- en constructvaliditeit van de 4DKL onderzocht. Criteriumvaliditeit: de distress-schaal was geassocieerd met psychosociale problemen (Area Under the Curve (AUC) = 0,79), de depressieschaal met een depressie (AUC

0,83), de angstschaal met een angststoornis (AUC =0,66) en de somatisatieschaal met de verdenking van een huisarts op somatisatie (AUC 0,65). Constructvaliditeit: de schalen hadden onderlinge correlaties van 0,35 tot 0,71. 30 tot 40% van de variantie van elke schaal was uniek voor deze schaal. De factoranalyse bevestigde de 4-factoren structuur met een comparative fit index van 0,92 ($\geq 0,90$ = adequaat). Stressmaten (bijvoorbeeld life events, psychosociale problemen en werkstress) waren voornamelijk geassocieerd met de Distress-schaal .

Bron: Terluin, 2006.

Conclusie: de 4DKL is gevalideerd voor gebruik in de huisartsenpraktijk. Aanvullend aan de anamnese kan de 4DKL de huisarts/POH-GGZ helpen onderscheid te maken tussen distress, depressie, angststoornis en somatisatie.

6.3.7. Voorlichting

Achtergrond

- Uitgangsvraag

Kan psycho-educatie (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken

Een review en meta-analyse van 5 artikelen over 4 onderzoeken vergeleek de effectiviteit van passieve psycho-educatie (folders, posters, websites) ten opzichte van placebo, geen interventie of een wachtlijst groep op het verminderen van symptomen van depressie en psychische distress.

Bron: Donker, 2009.

De onderzoeken vonden plaats in de algemene bevolking of in de eerste lijn.

- Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van bewijs van de onderzoeken was laag. De artikelen werden gescoord op basis van de Jadad criteria (0-5). De onderzoeken scoorden van 2 tot 4, het enige onderzoek waarin naar psychische distress gekeken werd scoorde 2. Er is kans op imprecisie en inconsistentie.

- Effectiviteit

De gepoolde effectgrootte was 0,20 (95%-BI 0,01 tot 0,40). Er was slechts 1 artikel over psychische distress geïnccludeerd waarbij geen effect van psycho-educatie werd aangetoond.

- Bijwerkingen

In het onderzoek werd geen aandacht besteed aan mogelijke nadelige effecten.

- Conclusie

Het effect van passieve psycho-educatie is onzeker.

- Van bewijs naar aanbeveling

Ondanks onzekere effecten van psycho-educatie beveelt de werkgroep aan om patiënten te informeren, omdat het voor sommige patiënten mogelijk toch voordelen kan opleveren. Daarnaast zijn de kosten laag en is het

een snelle en niet-stigmatiserende manier van voorlichting.

Aanbeveling

Het wordt aanbevolen de patiënt te informeren over beschikbare folders en websites.

6.3.8. Fysieke activiteit

Achtergrond

Uitgangsvraag: Kan fysieke activiteit (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken

In een Cochrane review (n= 2326; 39 RCT's) werd het effect van beweging op depressie onderzocht.

Bron: Cooney, 2013.

De RCT's waarvan de populatie depressieve klachten, postnatale depressie of dysthymie had werden geëxcludeerd. 35 RCT's vergeleken beweging met een controle-interventie (zoals geen behandeling, placebo, wachtlijst, zorg zoals gebruikelijk, telefonisch consult, meditatie).

- Kwaliteit van bewijs

Er is kans op vertekening omdat de patiënten die de fysieke activiteit uitvoerden en hun begeleiders niet konden worden geblindeerd. In slechts 11 onderzoeken was de uitkomstbeoordelaar geblindeerd. Slechts 16 onderzoeken hebben complete uitkomstgegevens. Er is kans op inconsistentie vanwege substantiële heterogeniteit van de resultaten. Er is sprake van indirect bewijs omdat onderzoek naar de effecten van fysieke activiteit bij mensen met psychische klachten niet meegenomen werd. Bovendien is er kans op imprecisie.

- Effectiviteit

De meta-analyse toonde meer afname van de depressie (gestandaardiseerde gemiddelde verschil -0,62; 95%-BI -0,81 tot -0,42 met een substantiële heterogeniteit) bij beweging in vergelijking met de controlegroep. Op de lange termijn (4 tot 26 maanden) werd het effect minder (8 RCT's; -0,33; 95%-BI -0,63 tot 0,03 met matige heterogeniteit). Als de meta-analyse beperkt bleef tot de 6 trials met correcte toewijzing van deelnemers aan groepen, intention-to-treat analyse en een geblindeerde uitkomstbepaling (waardoor een laag risico op bias), werd het gemiddelde gestandaardiseerde verschil -0,18; 95%-BI -0,47 tot 0,11). Een beperkt aantal trials liet geen verschil zien tussen beweging en cognitieve gedragstherapie (7 studies) of beweging en farmacotherapeutische behandeling (4 studies) voor wat betreft afname van de depressie. Vanwege het beperkte aantal werd er geen conclusie uit getrokken.

- Bijwerkingen (nadelige) effecten

In een klein aantal onderzoeken zijn bijwerkingen beschreven zoals spierpijn, gewrichtspijn, borstpijn en toename van de depressie. Deze waren zeldzaam.

- Conclusie

Er is een lage kwaliteit van bewijs dat bij patiënten met een depressie beweging een matig positief effect op de klachten heeft in vergelijking met een controlegroep zonder specifieke interventie.

- Van bewijs naar aanbeveling

Vanwege de positieve effecten van beweging op gezondheid in het algemeen adviseert de werkgroep, ondanks het ontbreken van bewijs bij psychische klachten, toch om met de patiënt fysieke activiteiten en beweging te bespreken, afgestemd op persoonlijke voorkeuren.

Aanbeveling

Bespreek met de patiënt dat fysieke activiteit, sport of 'running therapy' (hardlopen voor personen met psychische klachten onder begeleiding van een gespecialiseerde (fysio)therapeut) klachten kan verminderen en de conditie kan verbeteren. Houd daarbij rekening met de fysieke gesteldheid/belastbaarheid en de belangstelling en voorkeuren van de patiënt (zie: thuisarts.nl/ik-wil-gezond-bewegen).

6.3.9. Ontspanningsoefeningen

Achtergrond

Er bestaan verschillende typen ontspanningsoefeningen of relaxatie. De bekendste is de progressieve spierontspanningstraining van Jacobson. Bij deze training leert de patiënt iedere spiergroep eerst aanspannen en daarna ontspannen en daarmee het verschil tussen spanning en ontspanning beter aanvoelen. Andere technieken zijn: autogene training, biofeedback, yoga en meditatie.

Uitgangsvraag

Kunnen ontspanningsoefeningen (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoek

In een review werd het effect onderzocht van verschillende relaxatietechnieken (zoals Jacobsons progressieve relaxatie, autogene training en meditatie) op angstklachten bij vrijwilligers, mensen met somatische of met psychologische aandoeningen. De auteurs includeerden RCT's (19 studies; n=1005) en ongecontroleerde voor-na onderzoeken (25 studies; n=748).

Bron: Manzoni, 2008.

- Kwaliteit van bewijs

De geïnccludeerde onderzoeken zijn summier beschreven en hebben elk een klein aantal deelnemers. Blindering van patiënten is moeilijk uitvoerbaar. De kans op vertekening lijkt aanwezig. Er is kans op inconsistentie vanwege de significante heterogeniteit. Tevens is er sprake van indirect bewijs omdat de onderzoeken alleen patiënten met angstklachten onderzochten.

- Effectiviteit

De meta-analyse van de RCT's met een studieduur van 1 dag tot 14 weken, toonde een matige effectgrootte (0,51; 95%-BI 0,46 tot 0,63) met een significante heterogeniteit.

- Bijwerkingen

De review beschrijft niet of bijwerkingen zijn beoordeeld.

- Conclusie

Er is lage kwaliteit van bewijs voor positieve effecten van ontspanningsoefeningen bij angstklachten.

- Van bewijs naar aanbeveling

Het is de ervaring van de werkgroep dat ontspanningsoefeningen vaak ingebed zijn of samengaan met andere interventies. Patiënten rapporteren als gevolg van de oefeningen een toegenomen ervaren regie en zelfredzaamheid. Ondanks de lage kwaliteit van bewijs voor effectiviteit bij psychische klachten acht de werkgroep het op basis van de klinische ervaring en terugrapportage van patiënten gerechtvaardigd om met de patiënt het persoonlijk nut van ontspanningsoefeningen te bespreken.

Aanbeveling

Bespreek met de patiënt dat sommige mensen baat kunnen hebben bij ontspanningsoefeningen.

6.3.10. Mindfulness

Achtergrond

Mindfulness bestaat uit twee componenten:

1. Zelfregulatie van de aandacht.

De aandacht is gericht op de onmiddellijke ervaringen en het herkennen van mentale gebeurtenissen in het huidige moment.

2. Een nieuwsgierige en accepterende houding tegenover dat wat ervaren wordt. Elke gedachte, elk gevoel en elke lichamelijke gewaarwording wordt toegelaten, zonder er onmiddellijk een waardeoordeel over uit te spreken en zonder er iets aan te willen veranderen.

Het onderliggende basisprincipe is dat het ervaren van het huidige moment, open en zonder oordeel, de effecten van stress aanpakt die vaak voortkomen uit een negatieve aandacht op de toekomst of het verleden. Het doel is bewuster te worden van lichamelijke sensaties, gedachten en gevoelens.

In de hedendaagse praktijk is mindfulness meditatie het kernelement van verschillende soorten therapie. Mindfulness-based stress reductie (MBSR) is een gestructureerd groepsprogramma van 8 tot 10 sessies, waarvan mindfulness, meditatievaardigheden, yoga oefeningen en psycho-educatie deel uitmaken. Bij aandachtgerichte cognitieve therapie of mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (MBCT) is mindfulness geïntegreerd in cognitieve therapie.

Uitgangsvraag

Is mindfulness (I), ten opzichte van aspecifieke of specifieke controles (C), aan te bevelen bij patiënten met psychische klachten (P) ter vermindering van angst, depressie, stress/distress en kwaliteit van leven (O)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken

In een systematisch literatuuronderzoek werden 47 RCT's (n = 3.320) geïnccludeerd.

Bron: Goyal 2014.

Een voorwaarde voor inclusie was de aanwezigheid van een controlegroep waarbij de geleverde tijd en aandacht voor de patiënt vergelijkbaar was met de interventiegroep. De controlegroepen werden geclassificeerd in niet-specifieke actieve en specifieke actieve controlepatiënten. In een specifieke actieve controlegroep wordt een therapie, zoals beweging en massage, toegepast. Vijftien RCT's onderzochten patiënten met een psychische aandoening, 5 RCT's rokers en alcoholgebruikers, 5 RCT's patiënten met chronische pijn en 16 RCT's patiënten met allerlei lichamelijke aandoeningen.

- Kwaliteit van bewijs

De kwaliteit van bewijs was matig voor de uitkomstmaten angst, depressie en pijn. De kwaliteit van bewijs was laag voor de uitkomstmaten stress/distress en mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

- Effectiviteit

Angst: er was bewijs van lage kwaliteit (afgevaardigd in vergelijking met de review vanwege zowel het bestaan van risk of bias en onnauwkeurigheid van de effectschatting) van mindfulness meditatieprogramma's, vergeleken met niet-specifieke actieve controlepatiënten, voor een positief effect (7 RCT's; n = 647): ES 0,38; 95%-BI 0,12 tot 0,64 na 8 weken en ES 0,22; 95%-BI 0,02 tot 0,43 na 3 tot 6 maanden. Depressie: er was bewijs van lage kwaliteit van mindfulness meditatieprogramma's, vergeleken met niet-specifieke actieve controlepatiënten, voor een positief effect (8 RCT's; n = 806): ES 0,30 - 95%-BI 0,00 tot 0,59 na 8 weken en ES 0,23 - 95%-BI 0,05 tot 0,42 na 3 tot 6 maanden. Er was bewijs van lage kwaliteit voor een verbetering van stress/distress en mentale gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Er was bewijs van lage kwaliteit of geen bewijs dat meditatieprogramma's (waaronder mindfulness) beter waren dan specifieke actieve controle-interventies.

- Bijwerkingen

Er werden geen bijwerkingen gevonden in de 9 RCT's die ze beschreven.

- Conclusie

Het is onzeker (kwaliteit van bewijs is laag) of er positieve effecten van mindfulness ten opzichte van aspecifieke en specifieke controles bestaan.

- Van bewijs naar aanbeveling

Er bestaat onzekerheid over de effecten van mindfulness bij patiënten met psychische klachten. De effecten die werden gevonden zijn klein en van beperkte klinische relevantie, mogelijk is er in individuele gevallen wel sprake van een positief effect van mindfulness. Ondanks deze onzekerheid over de effecten en de beperkte grootte is de werkgroep van mening dat mindfulness mogelijk een positieve invloed heeft op de zelfredzaamheid van en (herstel van de) regie door de patiënt. Daarnaast worden de nadelen als beperkt beoordeeld. De werkgroep is daarom van mening dat mindfulness door patiënten kan worden overwogen.

Aanbeveling

Bespreek met de patiënt dat sommige mensen baat kunnen hebben bij mindfulness.

6.3.11. Psychologische zelfhulpinterventies

Uitgangsvraag

Kan psychologische zelfhulp (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken

Een meta-analyse onderzocht de effectiviteit van zelfhulpinterventies bij mensen met een depressie, depressieve symptomen of psychosociale problemen (bijvoorbeeld stress). De meta-analyse includeerde 34 RCT's met 39 vergelijkingen waarin een zelfhulpinterventie werd vergeleken met een controlegroep (zoals wachtlijst en gebruikelijke zorg) in verschillende settingen (niet-klinisch en klinisch of beide). Twee vergelijkingen betroffen populaties met stress en negen met patiënten 'at risk' voor een depressie (bijvoorbeeld zwangere vrouwen).

Bron: Gellatly 2007.

- Kwaliteit van bewijs

Er is kans op vertekening omdat slechts bij 36% van de vergelijkingen een adequate toewijzingsprocedure werd beschreven en omdat bij 90% de uitkomstbeoordeling door de patiënt zelf werd gedaan. Er is kans op inconsistentie vanwege de grote heterogeniteit. Er is kans op imprecisie en indirect bewijs vanwege de verschillende settings. Er is kans op publicatiebias.

- Effectiviteit

De onderzoeken toonden gezamenlijk een matig effect van zelfhulp (effectgrootte van 0,43 (95%-BI 0,30 tot 0,57) met een grote heterogeniteit). Wanneer de analyse beperkt bleef tot begeleide zelfhulp, werd het effect groter (effectgrootte van 0,80 (95%-BI 0,58 tot 1,01) met eveneens een grote heterogeniteit). In de multivariate analyse bleek begeleide zelfhulp (versus onbegeleide) de enige significante moderator voor de effectgrootte van de behandeling.

Er is één onderzoek gevonden naar de effectiviteit van psychologische zelfhulpinterventies bij patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk. In dit Nederlandse RCT werd het effect van bibliotherapie (gebaseerd op cognitieve gedragstherapie) bij patiënten (n = 170) van 75 jaar en ouder met depressieve en/of angstklachten onderzocht. Dit was onderdeel van een groter onderzoek naar een stepped-care interventie in de huisartsenpraktijk; de ouderen werden actief uitgenodigd voor deelname. Er bleek geen verschil in de effecten tussen bibliotherapie en gebruikelijke zorg door de huisarts.

Bron: Joling, 2011.

- Conclusie

De kwaliteit van bewijs is laag voor psychologische zelfhulp bij patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk: onderzoeken naar de effecten van zelfhulp voor patiënten die bij de huisarts komen met psychische klachten zijn schaars en onderzoeken van een andere populatie in een andere setting zijn van lage kwaliteit. Het effect van begeleide zelfhulp is groter dan van onbegeleide zelfhulp. De uitval is dan eveneens kleiner.

- Van bewijs naar aanbeveling

Er is nog geen algemeen geaccepteerd 'keurmerk' voor e-mental health in de huisartsenpraktijk. Het Online Hulpstempel van het Trimbos-instituut zou hiervoor gebruikt kunnen worden. Dit keurmerk kijkt onder meer naar onderbouwing, gebruiksgemak en andere aspecten van een e-Health programma. De ontwikkelingen volgen elkaar in een hoog tempo op. De werkgroep is van mening dat psychologische zelfhulp de zelfredzaamheid en regie van de patiënt zou kunnen bevorderen mits dit is afgestemd op patiëntvoorkeuren en -mogelijkheden.

Aanbeveling

Overweeg zelfhulp als de patiënt hiervoor gemotiveerd is en in staat is zelfstandig een programma te doorlopen. Bij voorkeur wordt zelfhulp aangevuld met begeleiding door de huisarts.

6.3.12. Problem Solving Treatment (PST)

Achtergrond

De fases van PST bestaan uit:

1. Uitleg en rationale; begrip krijgen over de relatie tussen problemen van elke dag en psychische klachten.

2. Probleemdefinitie: beschrijving van het eigenlijke probleem. Waar gaat het probleem over? Wanneer treedt het op? Waar treedt het op? Wie is erbij betrokken?
3. Bepalen van haalbare en goed omschreven doelen. Deze doelen moeten Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden (SMART) zijn.
4. Bedenken van zo veel mogelijk oplossingen via de brainstormtechniek en daarbij bedenken dat 'het eerste idee' meestal niet 'het beste idee' is.
5. Bekijken van de voor- en nadelen van elke potentiële oplossing en één (of meer) oplossing(en) kiezen waarmee het probleem het beste opgelost wordt met de minste nadelige gevolgen.
6. Implementeren van de oplossing. Beschrijven van heldere stappen om het doel te bereiken inclusief wat en wanneer.
7. Evalueren van de progressie. Bekijk de voor(ui)tgang en ga door met nieuwe pogingen, ook als het niet direct lukt.

Uitgangsvraag

Kan problem solving treatment (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken/resultaten

In een meta-analyse van kortdurende (2 tot 10 afspraken) psychologische behandelingen in de eerste lijn bleek PST (12 RCT's) in vergelijking met gebruikelijke zorg effectief voor depressieve (waaronder minor depressie = depressieve klachten die niet voldoen aan de DSM-criteria voor een depressie) en gemengde angst-depressieproblematiek (waaronder ongespecificeerde klachten).

Bron: Cape 2010.

Een Amerikaans RCT, die niet in bovenstaand review werd meegenomen, vergeleek in twee academische eerstelijns praktijken de effectiviteit van PST met gebruikelijke zorg ('usual care') bij 141 volwassenen met een aanhoudende 'minor depressie'. Na een periode van afwachtend beleid van 4 weken werden de patiënten gerandomiseerd.

Bron: Oxman 2008.

- Kwaliteit van bewijs

In de meta-analyse is er kans op vertekening omdat in een groot deel van studies de toewijzingsprocedure (allocation concealment) niet helder is en geen intention-to-treat procedure is gebruikt. Er is kans op inconsistentie vanwege de matige heterogeniteit. Er is kans op indirect bewijs omdat de onderzochte populatie stoornissen en klachten heeft.

- Effectiviteit

De effectgrootte was laag (smd-0,21; 95%-BI -0,37 tot -0,05 met een matige heterogeniteit)

Bron: Cape 2010.

In de RCT bleek na 35 weken dat PST tot een snellere verbetering van de klachten leidde dan de gebruikelijke zorg, vooral bij de personen met een vermijdende copingstijl.

- Bijwerkingen

Bijwerkingen zijn niet beschreven.

- Conclusie

Er is lage kwaliteit van bewijs dat PST effectiever is dan gebruikelijke zorg bij psychische klachten. Bij een patiënt met een vermijdende copingstijl lijkt de kans hierop groter.

- Van bewijs naar aanbeveling

Bij patiënten met psychosociale problemen kan PST zinvol zijn omdat het een kortdurende therapie is die het zelfmanagement en de coping van de patiënt verbetert. De werkgroep is daarnaast van mening dat het een transparante en concrete methodiek is, die goed in de huisartsenpraktijk past.

Aanbeveling

Overweeg PST bij patiënten met psychische klachten door psychosociale problematiek.

6.3.13. KOP-model

Uitgangsvraag

Kan behandeling volgens het KOP-model (I) worden aanbevolen ter vermindering van symptomen (O) bij patiënten met psychische klachten (P)?

Resultaten

- Beschrijving onderzoeken/resultaten

Er is een onderzoek in de Nederlandse huisartspraktijk verricht bij patiënten met een psychische stoornis (27 praktijken; 165 patiënten) waarbij gebruikelijke zorg werd vergeleken met collaborative care: een psychiatrisch verpleegkundige of psycholoog die in huisartspraktijk werkt en regelmatig overlegt met een psychiater.

Bron: Van Orden 2009.

De praktijken die deelnamen aan collaborative care werkten met het KOP-model in maximaal 5 sessies. De controlepraktijken konden patiënten naar de tweede lijn verwijzen.

- Kwaliteit van bewijs

Er is kans op vertekening omdat het KOP-model niet specifiek werd onderzocht, maar als onderdeel van collaborative care.

- Effectiviteit

Er bleek geen verschil in effecten op psychische klachten te zijn, maar in de praktijken met collaborative care was de zorg efficiënter (minder wachttijden, minder behandelsessies) en was de huisarts tevredener.

- Bijwerkingen

Bijwerkingen zijn niet beschreven.

- Conclusie

De effectiviteit van het KOP-model bij zowel psychische stoornissen als psychische klachten is nog onvoldoende onderzocht.

- Van bewijs naar aanbeveling

De werkgroep is van mening dat het KOP-model een eenvoudige en werkbare 'kapstok' is om psychische

klachten te exploreren.

Aanbeveling

Overweeg behandeling volgens het KOP-model bij patiënten met psychische klachten.

6.3.14. Epidemiologie

In de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (2013) worden de incidenties en prevalenties van gezondheidsproblemen van 320 Nederlandse huisartspraktijken geregistreerd aan de hand van ICPC-coderingen. De registraties toonden bij 6,7% een P-code (psychische problemen) en 1,5% een Z-code (sociale problemen). De prevalentiecijfers van de psychische problematiek verschilden sterk per geslacht. Prevalenties (per 1000 patiënten jaren) bij vrouwen respectievelijk mannen waren: [depressieve klachten \(P03\) 15,1 en 8](#), [angstklachten \(P01\) 22,4 en 10,5](#), [slapeloosheid \(P06\) 33,4 en 21,4](#), [chronisch alcoholgebruik \(P15\) 3,1 en 7,3](#), [angststoornis \(P74\) 22,6 en 11,5](#) en [depressie \(P76\) 36,3 en 19,6](#). Een Deens onderzoek bij 387 huisartsen toonde vergelijkbare getallen. Bij 5543 patiëntencontacten werd bij 10% een P-code en bij 0,7% een Z-code als reden voor contact geregistreerd.

Bron: Rosendal 2013.