

# Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten

Richard Starmans, Paul Rijnders, Maarten Cox

**Na de herstructurering van de ggz behandelen de huisarts en poh-ggz steeds meer patiënten met psychische klachten. Het KOP-model biedt een structuur voor die behandeling. Op basis van een analyse van de anamnese gericht op klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl komen de huisarts en poh-ggz samen met de patiënt tot een acceptabele en begrijpelijke probleemdefinitie. Voor de vervolgstappen beschrijven we generieke interventies die goed in de huisartsenpraktijk uitgevoerd kunnen worden.**

## CASUS

Ria is 53 jaar. Twee jaar geleden werd ze plotseling blind aan één oog. De neuroloog dacht aan multipele sclerose. Ze is twaalf jaar geleden gescheiden. Kort daarna kwam ze 'uit de kast' en ging ze samenwonen met een vrouw. Het contact met haar kinderen is goed. Onlangs heeft haar partner haar verlaten toen Ria niet meer de sterke vrouw van vroeger bleek.

Ria heeft twintig jaar als buschauffeur gewerkt. Nu werkt ze in de remisse. Ze denkt steeds vaker dat haar werkgever van haar af wil. Ze heeft contact gezocht met de vakbond.

Ze komt, na verwijzing door de neuroloog, bij de huisarts omdat ze 'het niet meer ziet zitten'. De huisarts brengt met haar, aan de hand van het KOP-schema, de klachten, omstandigheden en copingstijl in kaart [tabel 3]. Voordat hij hier verder op ingaat, maakt de huisarts samen met Ria een risicoanalyse. Er is sprake van ernstige stressoren op drie relevante levensgebieden, maar er zijn ook beschermende factoren. Hij kent haar als een nuchtere, realistische vrouw, voor wie aanpakken vanzelfsprekend is en die de moed niet snel opgeeft. Ze heeft steun van haar kinderen. De huisarts en Ria concluderen dat er nu geen acute risico's zijn. Ze heeft geen depressie en is niet suïcidaal.

Tijdens een vervolgconsult bespreken de huisarts en Ria de samenhang tussen de klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl en stellen ze een probleemdefinitie op. De huisarts zegt: 'Ook bij sterke mensen zoals jij kan er een moment komen dat ze het niet meer redden. Ik denk dat dat moment voor jou nu gekomen is. We moeten voorkomen dat je onder de last bezwijkt. Denk je dat de steun van je dochter voldoende is of heb je meer steun nodig?'

Ria geeft aan dat ze graag rugdekking wil voor als ze het niet redt. Daarvoor wordt de poh-ggz ingeschakeld. Samen met Ria maakt deze een plan van aanpak. Met het oog op de klachten nemen ze haar dagstructuur onder de loep. Ze proberen regelmaat te brengen in het dagelijks ritme van opstaan en eten, en Ria gaat weer geregeld een stuk fietsen, iets wat ze graag deed. Ook beheersing van de omstandigheden krijgt aandacht: Ria had al een start gemaakt door juridische steun te zoeken voor het probleem op haar werk en heeft zich mondiger opgesteld richting neuroloog, met als gevolg dat de poh-ggz nu een vinger aan de pols houdt. Op het gebied van de persoonlijke stijl heeft de poh-ggz *social learning*- en cognitieve strategieën ingezet, zodat Ria meer inzicht krijgt in haar sterke en kwetsbare kanten.

De behandeling van psychische klachten in de huisartsenpraktijk hoeft in de meeste gevallen niet diagnosespecifiek te zijn.<sup>1</sup> Als uitgangspunt voor de aanpak is het stress-kwetsbaarheidsconcept geschikt, dat ervan uitgaat dat klachten ontstaan onder invloed van de combinatie van (toenemende) draaglast of stressoren en (tekortschietende) draagkracht. Het KOP-model is daarvan een operationalisatie.<sup>2</sup> KOP is een acroniem voor de K van klachten, de O van omstandigheden en de P van de persoonlijke stijl. Psychische klachten (K) ontstaan volgens dit model als de draagkracht van de patiënt, uitgedrukt als de persoonlijke stijl (P) tekortschiet bij het omgaan met de belastende omstandigheden (O). Het KOP-model wordt al ruim tien jaar gebruikt in de SGGZ en GBGGZ in Nederland en blijkt effectief en efficiënt in de ggz.<sup>3-5</sup>

Door de herstructurering van de ggz worden meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk behandeld. Daarbij is het KOP-model als methodisch werkmodel voor de huisartsenpraktijk een aantrekkelijke optie. Dit generieke behandelconcept sluit aan bij de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. De behandeling duurt gemiddeld zes tot acht sessies. Het KOP-model is geschikt voor de huisarts en poh-ggz, die het kunnen gebruiken bij patiënten met psychische problemen die over voldoende gezonde elementen in hun functioneren beschikken om met behulp van kortdurende interventies de draad van hun leven weer op te pakken. Dat geldt voor tweederde van alle patiënten met psychische problematiek in de huisartsenpraktijk.<sup>6</sup>

## HET KOP-MODEL

Beperkingen in het algemeen functioneren, zoals perfectionisme, een laag zelfbeeld of gebrekkige emotieregulatie, liggen volgens onderzoekers aan de basis van veel psychische klachten.<sup>7,8</sup> Generieke interventies passen daar goed bij. Deze interventies helpen de patiënt zijn algemeen functioneren (uitgedrukt als zijn copingstijl) te verstevigen. Uit onderzoek blijkt dat generieke interventies niet alleen verbetering van de copingstijl geven, maar ook vermindering van de ingangsklacht van de patiënt.<sup>4,9-11</sup>

Met behulp van het KOP-schema [tabel 1] brengt de huisarts of poh-ggz samen met de patiënt de klacht of het probleem in kaart. Zo ontstaat een probleemanalyse ( $K = O + P$ ), die zichtbaar maakt hoe de klachten (K) begrepen kunnen worden als



De patiënt krijgt inzicht in de eigen draagkracht, de draaglast en copingstrategieën.

Foto: Shutterstock

gevolg van een toegenomen draaglast (O) en vermindering of tekort aan draagkracht (P). Een dergelijke analyse is voor veel patiënten goed te volgen.

Het model verheldert het probleem niet alleen, het helpt ook om concrete doelen en interventies te formuleren. De doelen en interventies kunnen zich richten op klachten (K), omstandigheden (O) en persoonlijke stijl (P). In de dagelijkse praktijk bestaat het KOP-model uit vijf stappen [tabel 2]. We illustreren deze aanpak aan de hand van een casus.

Zoals uit de casus blijkt, kan het KOP-schema een hulpmiddel vormen waarmee de patiënt inzicht krijgt in de eigen draagkracht, de draaglast en copingstrategieën. De huisarts neemt de patiënt van het begin af aan mee in het werkmodel. Zo is het plan van aanpak maatwerk, dat in nauwe afstemming met de patiënt tot stand komt. Deze aanpak heeft Ria geholpen te begrijpen hoe het kwam dat ze 'het niet meer zag zitten', hulp te accepteren en aan de slag te gaan om de regie weer in eigen hand te nemen.

**Tabel 1**

**Het KOP-schema**

Klachten	Dat waar de patiënt last van heeft [klachten, symptomen, problemen, conflicten]
Omstandigheden [draaglast]	Recente gebeurtenissen die de draaglast vergroten
Persoonlijke stijl [draagkracht]	Habituele manier van reageren [tekortschietende coping]

**INTERVENTIES**

In de casus vormt het KOP-model de basis voor de probleemdefinitie. Vervolgens kiezen huisarts en poh-ggz generieke interventies [tabel 4].<sup>12</sup>

Psycho-educatie vormt de basis van de aanpak. Dat begint met het gezamenlijk definiëren van het probleem of de klachten als het gevolg van een samenloop van omstandigheden en een tekortschietende aanpak of coping. Dat geeft de patiënt overzicht en inzicht in wat meespeelt bij de problemen. De huisarts

**Tabel 2**

**In vijf stappen van probleem naar oplossing**

- 1 Creëren van overzicht met het KOP-schema
- 2 Bespreken van samenhang: beschrijvende diagnose [K = O + P]
- 3 Formuleren van doelen en een plan van aanpak
- 4 Uitvoeren van het plan van aanpak
- 5 Terugvalpreventie

**DE KERN**

- Huisartsen kunnen bij psychische klachten een methodische aanpak hanteren op basis van het KOP-model.
- Het KOP-model biedt structuur voor de anamnese en gezamenlijke probleemdefinitie.
- Het KOP-model leidt toe naar generieke interventies.

**Tabel 3****Het ingevulde KOP-schema van Ria**

Klachten	Energieverlies, wanhoop, slapeloosheid, onmacht, boosheid en verdriet
Omstandigheden	Lichamelijk verlies In de steek gelaten door partner Dreigend werkverlies en daarmee verlies van zingeving en sociale contacten [In positieve zin:] steun van kinderen
Persoonlijke stijl	Doorzetter, [in aanleg] optimist, iemand die zich niet snel van haar plaats laat duwen en die doorvecht tot het eind

en poh-ggz praten met de patiënt over het beloop, het vervolg en mogelijke interventies. Soms is het maken van een probleemanalyse voldoende: de patiënt begrijpt wat het probleem of de klacht in stand houdt en komt zelf met een oplossing. Dat gaat op voor elk moment tijdens het KOP-werkmodel [tabel 4]. Hieronder volgt een beschrijving van de genoemde interventies.

**Interventies die klachten verminderen**

Om de klachten te verminderen, kan de huisarts of poh-ggz naast de genoemde psycho-educatie ook ontspannings-oefeningen en mindfulness suggereren (bijvoorbeeld via e-health-programma's). Bewegen en sporten helpen mensen om in actie te komen. Daarnaast kan slaaphygiëne bijdragen aan een afname van de klachten.

**Interventies die het omgaan met de omstandigheden verbeteren**

Het verbeteren van hulp en steun door de omgeving, time-management en het toepassen van elementen uit de problem solving-therapie (PST) kunnen patiënten helpen de regie weer in handen te krijgen. Wanneer de patiënt gebruikmaakt van hulp en steun uit de omgeving, kunnen de klachten afnemen. Soms is professionele steun nodig, bijvoorbeeld in de vorm van maatschappelijk werk, of een advocaat of geestelijk verzor-

ger bij problemen met huisvesting, scheiding of eenzaamheid. Timemanagement of het structureren van de dag helpt patiënten activiteiten en taken (werk, mantelzorg, thuis) realistischer te plannen, waardoor meer controle en rust ontstaan. PST is een korte psychologische behandeling waarmee de patiënt in zes stappen leert problemen overzichtelijk te maken en systematisch aan te pakken.<sup>13</sup> De patiënt wordt geleerd om zelf actief met de problemen aan de slag te gaan.

Het KOP-model is een generiek behandelconcept dat aansluit bij de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde

**Tabel 4**

Het KOP-model en ordening van generieke interventies

	Doelen	Interventies
K	Verminderen van de klachten	Ontspanningsoefeningen Mindfulness Slaaphygiëne Meer bewegen
O	Omgaan met de omstandigheden	Verbeteren van hulp en steun Timemanagement Problem solving-therapie
P	Versterken van de draagkracht en coping	Cognitieve gedragstherapie Problem solving-therapie Oplossingsgerichte therapie Social learning-therapie

**Interventies die de draagkracht en het copingvermogen versterken**

Eigenschappen die iemand kenmerken, kunnen zowel adaptief als non-adaptief zijn. De context is daarbij bepalend. Wanneer non-adaptieve kenmerken de overhand hebben, ontstaan er klachten. Het KOP-model stimuleert patiënten inzicht te verwerven in de eigen adaptieve en non-adaptieve kenmerken. Als de patiënt dit inzicht heeft, kunnen technieken uit de psychotherapie helpen de adaptieve vermogens te vergroten. Denk hierbij aan technieken uit de cognitieve gedragstherapie, oplossingsgerichte therapie en social learning-therapie. Zo nodig verwijst de huisarts de patiënt naar de GBGGZ of SGGZ.<sup>14</sup> ■

**CONCLUSIE**

Het evidencebased KOP-model biedt de huisarts en de poh-ggz houvast om psychische klachten methodisch aan te pakken. Op basis van een analyse van de anamnese gericht op klachten, omstandigheden en persoonlijke stijl komen huisarts en/of poh-ggz samen met de patiënt tot een probleemdefinitie. Het KOP-model biedt structuur bij het bepalen van de vervolgstappen, waarbij generieke interventies een wezenlijk onderdeel zijn van het plan van aanpak. De poh-ggz kan de interventies onder regie van de huisarts uitvoeren.

**LITERATUUR**

- NHG/LHV-standpunt. Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2015.

2. Rijnders P, Heene E. Handboek KOP-model. Kortdurende psychologische interventies voor de basis-ggz. Amsterdam: Boom, 2015.
3. Hakkaart-van Roijen L, Van Straten A, Rutte F, Donker M. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2007;188:323-9.
4. Van Straten A, Tiemens B, Hakkaart-van Roijen L, Nolen W, Donker M. Stepped care versus matched care for mood and anxiety disorders. A randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:468-76.
5. Rijnders P, Heene E, Van Dijk M, Van Straten A, Hutschemaekers G, Verbraak MJPM. A guided self-help intervention in primary care to improve coping and mental health. An observational study. *Eur J Person Centered Healthcare* 2016;4:281-8.
6. Bruffaerts R, Bonnewyn R, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Tijdschr Geneeskunde* 2014;60:75-85.
7. Barlow D, Allen L, Choate M. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 2016;47:838-53.
8. Van den Bout J. (Cognitieve) gedragstherapie en cognitieve (gedrags)therapie. Omzien en vooruitzien in verwondering. *Gedragsther* 2016;51:170-81.
9. Vissers W, Keijsers G, Van der Veld W, Hendriks G, Hutschemaekers G. Utility of measuring remoralization in addition to symptoms in efficacy research. A preliminary study. *Psychother Res* 2010;20:611-8.
10. Van Orden M, Hoffman T, Haffmans J, Spinhoven Ph, 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.
11. Heene E. Onderzoek naar de effectiviteit van kortdurende psychologische interventies. In: Rijnders P, Heene E. (redactie), Handboek KOP-model. Amsterdam: Boom, 2015:161-74.
12. Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz. Generieke module psychische klachten in de huisartsenpraktijk, 2017.
13. Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment for anxiety and depression. A practical guide. New York: Oxford University Press, 2005.
14. Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz. Generieke module. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA), 2016.

Starmans R, Rijnders P, Cox M. Methodisch werken met het KOP-model bij psychische klachten. *Huisarts Wet* 2018;61(11):DOI:10.1007/s-12445-018-0321-y. Haagse gezondheidscentra, Den Haag: dr. R. Starmans, huisarts, straatdokter en kaderhuisarts ggz, rstarmans@shg.nl. Mentaal Beter, Terneuzen en ZHPC, Goes: P. Rijnders, klinisch psycholoog. Stichting SHOP, Den Haag: dr. M. Cox PhD, huisarts n.p. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.