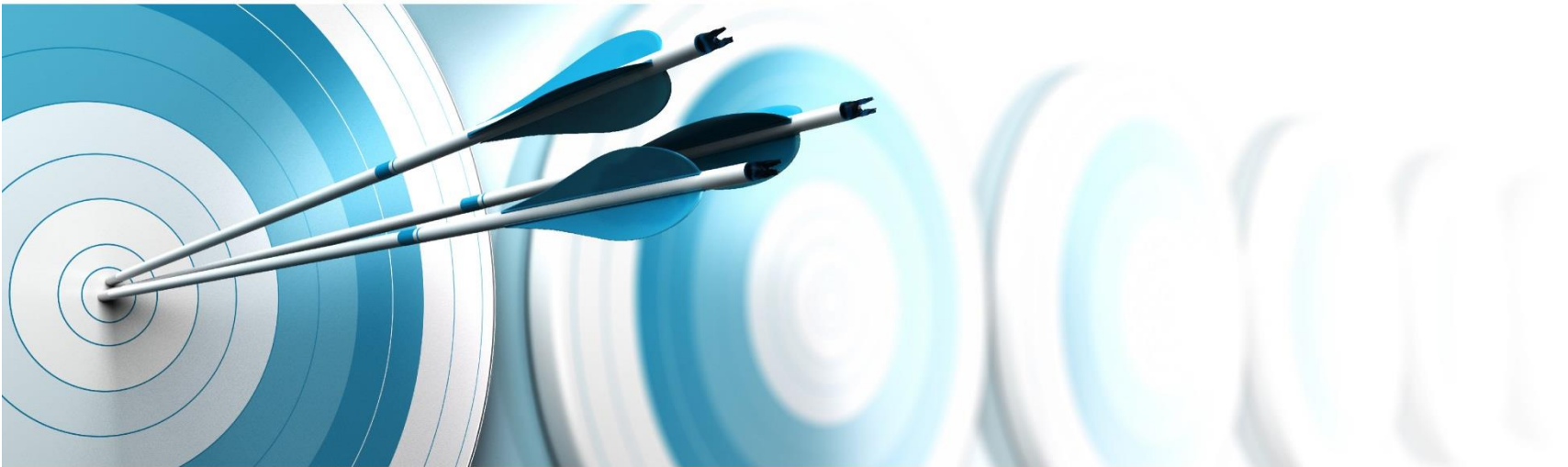


# WETENSCHAPPELIJKE WEB- EN MOBIELE APPLICATIE VOOR HUISARTSEN OVER STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN BIJ VOLWASSENEN & ADOLESCENTEN (12-65 JAAR)



## INHOUDSTAFEL

- I. Inleiding: doelstelling wetenschappelijke web- en mobiele Applicatie voor huisartsen
- II. Achtergrondinformatie bij stressgerelateerde Psychische Problemen
  - i. Triage & Classificatie van Psychische Problemen
  - ii. Beschrijving van stressgerelateerde Psychische Problemen
- III. Beslissingsbomen bij het inschatten van stressgerelateerde Psychische Problemen
  - i. Triage: inschatting van de ernst van Psychische Problemen
  - ii. Stress
    - i. Burn-Out
    - ii. Angst
    - iii. Depressie
    - iv. Bipolaire stoornis
  - iii. Gebruik psychoactieve stoffen (alcohol, drugs, geneesmiddelen)
- IV. Leidraad voor mogelijke behandeling van stressgerelateerde Psychische Problemen



# I. INLEIDING: DOELSTELLING WETENSCHAPPELIJKE WEB- EN MOBIELE APPLICATIE VOOR HUISARTSEN

## I. INLEIDING

### DOELSTELLING WETENSCHAPPELIJKE WEB- & MOBIELE APP VOOR HUISARTSEN

- **Wat?** De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu ontwikkelde in samenwerking met Blue Planet & Huis voor Veerkracht, een wetenschappelijk gevalideerde web- & mobiele Applicatie, betreffende stressgerelateerde psychische problemen. Deze Applicatie is beschikbaar in zowel het Nederlands als het Frans. De [mhGAP Intervention Guide van WHO](#) werd gebruikt als inspiratie bij de ontwikkeling. Onderstaande **modules** komen binnen de Applicatie aan bod:
  - Triage van stressgerelateerde psychische problemen
  - Inschatting van Stress
    - Burn-Out
    - Angst
    - Depressie
    - Bipolaire stoornis
  - Inschatting van gebruik van alcohol en drugs
  - Inschatting van suïcide-risico

## I. INLEIDING

### DOELSTELLING WETENSCHAPPELIJKE WEB- & MOBIELE APP VOOR HUISARTSEN

- **Waarom?** Het doel van de Applicatie is ervoor te zorgen dat huisartsen op een eenvoudige en toegankelijke manier **actuele en wetenschappelijk gevalideerde informatie** vinden over courante stressgerelateerde (al dan niet werkgerelateerde) psychische problemen. Deze Applicatie moet dan ook beschouwd worden als:
  - Een **wetenschappelijk onderbouwd naslagwerk** over stressgerelateerde psychische problemen:
    - ✓ Gebaseerd op recent wetenschappelijk onderzoek en bestaande gevalideerde richtlijnen
    - ✓ Gevalideerd door expert-academici en huisartsen
  - Een **opleidingsmodule** dat op een praktische en snelle manier meerdere modellen/systemen/meetinstrumenten combineert om de huisarts een richting te geven in de stressgerelateerde psychische problemen en hem/haar te helpen de patiënt indien nodig door te verwijzen naar de meest geschikte GGZ-professional voor adequate behandeling.
  - Het is **geen diagnostische tool** en bevat **geen medicatieschema's**.

## I. INLEIDING

### DOELSTELLING WETENSCHAPPELIJKE WEB- & MOBIELE APP VOOR HUISARTSEN

➤ **Voor wie?** Deze web- & mobiele Applicatie werd in de eerste plaats ontwikkeld voor **huisartsen**, om hen te ondersteunen bij het exploreren van mogelijke psychische problemen bij hun patiënten. Huisartsen hanteren vaak richtlijnen voor de inschatting van psychische problemen. Deze Applicatie kan als bijkomende validatie of bij twijfel geraadpleegd worden.

De Applicatie kan echter ook gebruikt worden door **andere hulpverleners** in de eerstelijnszorg, i.e. eerstelijnspsychologen en orthopedagogen, klinisch psychologen & huisartsen in opleiding of maatschappelijk werkers.

**OPGELET:** De Applicatie is NIET bedoeld voor gebruik door patiënten, aangezien het ook geen diagnostische tool is. Het gebruiken van de Applicatie leidt tot geen enkele valide diagnose omtrent psychische problemen. Bijkomend onderzoek en diagnose is noodzakelijk door een bevoegde hulpverlener zoals de huisarts of eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog.

## I. INLEIDING

### DOELSTELLING WETENSCHAPPELIJKE WEB- & MOBIELE APP VOOR HUISARTSEN

- **Hoe gebruiken?** Aan de hand van de **modules** binnen web- & mobiele Applicatie kan de huisarts mogelijke psychische problemen bij patiënten exploreren:
  - **Triage van psychische problemen:** via deze module kan de huisarts het bestaan en de ernst van een psychisch probleem inschatten
  - **Inschatting van Stress:** dit is de eerste module in het inschatten van de aard van het stressgerelateerde psychisch probleem. De huisarts begint steeds bij deze module om van daaruit verder geleid te worden naar andere modules voor het verder exploreren van de aard:
    - **Burn-Out:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan een Burn-Out
    - **Angst:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan Angst
    - **Depressie:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan Depressie
    - **Bipolaire stoornis:** module waarbij men verder gaat uitsluiten of een mogelijke depressie ook een Bipolaire stoornis kan zijn
  - **Inschatting van gebruik van alcohol en drugs:** via deze module kan de huisarts mogelijk schadelijk gebruik van alcohol en drugs inschatten
  - **Inschatting van suicide-risico:** via deze module kan de huisarts een mogelijk suicide-risico inschatten bij de patiënt



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BIJ STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN

### i. TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Nagenoeg 1 persoon op 4 ontwikkelt in de loop van zijn/haar leven een psychische problematiek wat vaak tot verstrekende economische en psychosociale gevolgen leidt (Bayingana et al, 2006). Een grote groep wordt door de reguliere hulpverlening niet bereikt en veel mensen zetten pas in een vergevorderd stadium de stap naar de hulpverlening. In tussentijd neemt men heel wat medicatie - al dan niet vrij verkrijgbaar - ondanks de aanwezigheid van **evidence-based psychosociale interventies** (Meijer et al., 2006; Layard et al., 2018).

De eerstelijnszorg waar huisartsen in vertoeven wordt dus geconfronteerd met een verscheidenheid aan problemen zoals somberheid, stressklachten, angstklachten, werkproblemen, burn-out en somatisatie waarbij copingsvaardigheden vaak ontoereikend zijn. Psychosociale zorg in de eerstelijnszorg dient gericht te zijn op het opheffen van deze psychische klachten en het voor de patiënt beter hanteerbaar te maken van deze problemen. Hierbij is het belangrijk te differentiëren tussen de nood aan **Generalistische Basis GGZ\*** (BGGZ) of **Gespecialiseerde GGZ (SGGZ) = tweede- en derdelijns GGZ** (Rijnders, 2004).

\* GGZ: Geestelijke Gezondheidszorg

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

De eerstelijnszorg onderscheidt zich van de meer gespecialiseerde zorg op grond van volgende variabelen (van der Feltz-Cornelis et al., 2006):

- **Ernst van de klacht:** heeft de klacht een (zichtbare) matige of een ernstige invloed op het functioneren?  
*Eerstelijnszorg = slechts een matige invloed op iemands functioneren*
- **Aard van de klacht:** om welke klachten gaat het (klachtenexploratie)?  
*Eerstelijnszorg = niet-complexe problematiek*
- **Hulpverleningsgeschiedenis:** heeft de patiënt al eerder een psychologische behandeling gehad voor een overeenkomstige of een andere psychosociale problematiek?  
*Eerstelijnszorg = nog geen eerdere psychologische behandeling gekregen en/of eerdere behandeling is succesvol afgesloten*
- **Draagkracht van de cliënt:** Is er een gevoel van BELONGING (het gevoel van ergens deel van uit te maken, i.e. ondersteuning omgeving/sociaal netwerk)?  
*Eerstelijnszorg = geen ernstige ontregelingen, acute crisis noch psychoses te verwachten*
- **Diagnostiek/ behandeling:** een snelle doeltreffende diagnose is kenmerkend en noodzakelijk voor de eerstelijnszorg, mede gelet op de snelheid en het beperkt aantal sessies dat als uitgangspunt dient.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij het inschatten van de ernst van de klacht, vormt de **communicatie** tussen hulpverlener en patiënt het uitgangspunt (Hoogdijn & Derksen, 2000; De Maeseneer, 2009):

- Is communicatie niet mogelijk door bijvoorbeeld **een ernstige psychose, intoxicatie, hersenbeschadiging of een ernstige verstandelijke handicap**, dan is gespecialiseerde medische hulp nodig.
- Als een patiënt **ernstig suïcidaal** is, moet een gespecialiseerde behandeling overwogen worden. Een crisisinterventie bij deze patiënten kan wel van korte duur zijn maar vereist een andere aanpak dan psychologische interventies uitgevoerd in de eerstelijnszorg.
- Wanneer er **relatief afgebakende problemen** aanwezig zijn zoals aanpassingsstoornissen, stressstoornissen, milde angst- en depressieve stoornissen, kan de behandeling binnen de eerstelijnszorg.
- Als er sprake is van een **chronische problematiek** zonder duidelijke hulpvraag, moet worden nagegaan of er een beperkte doelstelling kan worden geformuleerd.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij het inschatten van **de ernst van de klacht**, vormt de **communicatie** tussen hulpverlener en patiënt het uitgangspunt (o.a. gebaseerd op expert-review GP):

- Als het over detectie (en aanpak) van psychologische problematiek gaat dan is de eerste stap steeds het herkennen ervan. In de huisartsenopleiding gaat men uit van **een patiëntgerichte attitude en communicatiestijl**. Één van de centrale aandachtspunten daarbij is het achterhalen met welk perspectief de patiënt de klachten beleeft: hoe denkt hij/zij erover, welke bezorgdheden lokken deze uit en welke emoties komen daarbij naar boven en wat zijn de verwachtingen t.o.v. de huisarts met betrekking tot de klachten. Hierbij wordt uitgegaan van een **bio-psycho-sociaal model** om de patiënt met zijn/haar probleem of klachten te begrijpen. Voor meer info hierover verwijzen we graag naar de Acco-Box “over kwaliteit van zorg en communicatie”. Op de volgende slides worden enkele **richtlijnen voor de exploratie van psychische problemen in de huisartsenpraktijk** ter ondersteuning voorgesteld.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### RICHTLIJNEN VOOR DE EXPLORATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

(GEBASEERD OP NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Patiënten kunnen psychische klachten presenteren als lichamelijke klachten. De huisarts overweegt bij somatische klachten ook best dat deze het gevolg kunnen zijn van een **reactie op stressoren**;
- Het is belangrijk dat de huisarts een **“empathische context”** voor de detectie van psychische problemen creëert, zodat de patiënt zich aangemoedigd voelt om zijn/haar eigen verhaal te vertellen;
- De huisarts maakt het potentieel bestaan van een psychisch probleem bespreekbaar in een **open gesprek** met de patiënt waarbij **veiligheid en aandacht** voorop staan. Dit kan door o.a. volgende vragen te stellen:
  - 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)?

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### RICHTLIJNEN VOOR DE EXPLORATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

(GEBASEERD OP NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Dikwijls is één consult onvoldoende om de klachten en de hulpvraag te exploreren. De huisarts neemt daarom best de tijd voor **een langer consult** en/of voor **meerdere consulten**. Tijd is een belangrijke voorwaarde bij het inschatten van een psychisch probleem (Fernández et al., 2010);
- Zeker bij psychische klachten is het raadzaam dat de huisarts denkt aan het **referentiekader** en de “**cultuur**” van de patiënt in de ruimste zin van het woord, i.e. openheid voor etniciteit, levensfase, sekse, religie en de sociaaleconomische status;
- De huisarts respecteert de **privacy** van de patiënt en beschermt diens **waardigheid**: het inschatten van psychische problemen impliceert potentieel **stigma, uitsluiting en discriminatie** door de omgeving van de patiënt (werk, gezin, vrienden...);
- Opdat de huisarts meer correct kan inschatten of er sprake is van een psychisch probleem of niet, is het aangeraden dat hij/zij hier **bijkomende training** over volgt (Sikorski et al., 2012). Dit zal de kans op het aandeel “**False Negatives**” (i.e. deze patiënten lopen het risico te lang onbehandeld te blijven), alsook de kans op het aandeel “**False Positives**” verkleinen (i.e. deze patiënten lopen het risico onnodig behandeld te worden).

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### RICHTLIJNEN VOOR DE EXPLORATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

(GEBASEERD OP NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING GGZ, 2017)

- Het is verder ook raadzaam dat de huisarts rekening houdt met de **comorbiditeit van psychische problemen**. Bijvoorbeeld, een depressie kan tevens gepaard gaan met een angststoornis, alsook schadelijk gebruik van alcohol- of drugs. Daarnaast kunnen er ook zelfmoordgedachten zijn. Deze complexiteit – en het risico voor de patiënt – impliceert de nood aan doorverwijzing van de patiënt naar minstens de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg voor een meer accurate inschatting van het psychisch probleem.
- De huisarts moet bij psychische problemen steeds alert zijn voor **mogelijke zelfmoordgedachten**, aangezien deze gedachten kunnen leiden tot een zelfmoordplan of een zelfmoordpoging. Psychische problemen en zelfmoord zijn vaak geassocieerd. Patiënten met zelfmoordgedachten hebben vaak volgende kenmerken: 1) Zich depressief voelen, gevoelens van hopeloosheid; 2) Laag self-esteem; 3) Piekeren en 4) Slaapstoornissen. In de beslissingsbomen, presenteren we daarom ook een aparte boom voor de detectie van zelfmoordgedachten, alsook voor het inschatten van het acuut risico op zelfmoord.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij het exploreren van de aard van de klacht, is het verder raadzaam een beroep te kunnen doen op een **classificatiesysteem**:

#### **Waarom?**

Een valide classificatiesysteem vormt het fundament voor

- **Inschatting** – welke psychische problematiek op basis van symptomen
- **Beoordeling** – met welke ernst (mild, moderate, severe)
- **Interventie** – welke behandeling is er aangewezen
- **Wetenschappelijk onderzoek** – onderzoek naar onderliggende symptomen

(Carragher & al., 2015)



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij het exploreren van de aard van de klacht, is het verder raadzaam een beroep te kunnen doen op een [classificatiesysteem](#):

- Welke classificatiesystemen bestaan er?** (zie referentielijst p. 38-42)
  - [Categorische systemen](#)
  - [Continue en hybride systemen](#)
  - [Netwerksystemen](#)

Tot op heden worden de categorische systemen het meeste gebruikt, maar er groeit meer en meer kritiek op deze systemen aangezien er vaak geen empirische basis is voor de toewijzing, alsook dat dezelfde symptomen vaak voorkomen bij verschillende psychische problemen. De [continue en hybride systemen](#) vormen een antwoord op voorgaande kritiek en winnen zo meer aan belang. Voor de volledigheid tenslotte, vermelden we ook de meest recente [netwerk-benadering](#) die als zeer beloftevol beschouwd wordt voor de inschatting en de behandeling van psychische problemen. Echter, deze benadering is vooral een ondersteuning voor de experts in het veld, i.e. psychologen of psychiaters aangezien zij eerst de symptomen moeten vaststellen en nadien hoe deze geconnecteerd zijn. Het netwerk-systeem is minder praktisch bruikbaar voor huisartsen. Op de volgende pagina's geven we meer toelichting bij de verschillende classificatiesystemen.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### CLASSIFICATIESYSTEEM PSYCHISCHE PROBLEMEN

**Welk classificatiesysteem?** (zie referentielijst p. 38-42)

**Categorische systemen:**

- ✓ Psychisch probleem “ja of neen”
- ✓ Gebaseerd op expert consensus i.p.v. wetenschappelijk onderzoek
- ✓ Voorbeelden:
  - DSM (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders)
  - ICD (International Classification of Diseases)
  - ICPC (International Classification of Primary Care)
- ✓ Meer en meer kritiek omwille van de ontbrekende empirische basis en veel diagnoses die “niet toe te wijzen zijn aan een bepaald psychisch probleem”

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

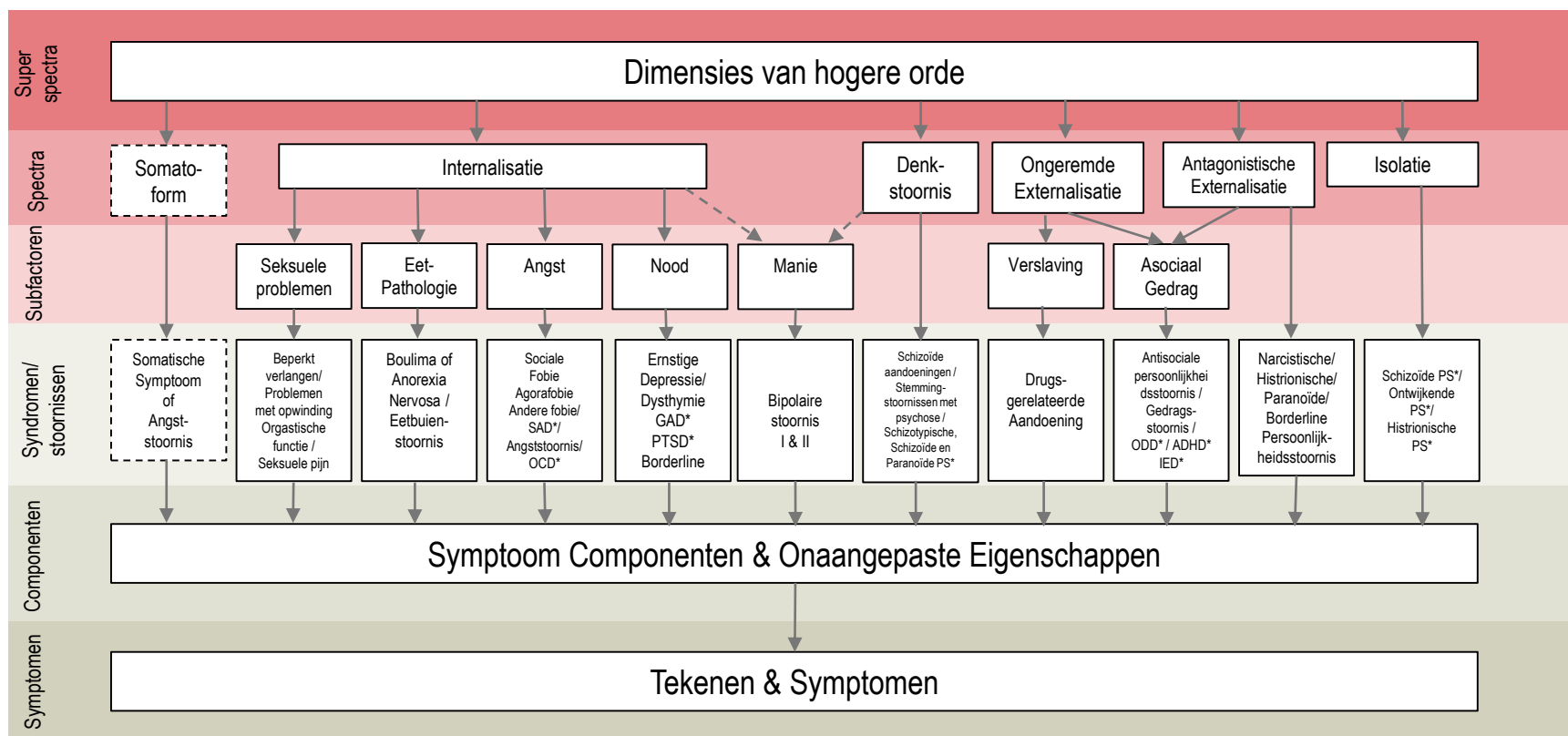
### CLASSIFICATIESYSTEEM PSYCHISCHE PROBLEMEN

- ❑ **Welk classificatiesysteem?** (zie referentielijst p. 38-42)
  - ❑ **Continue en hybride systemen:**
    - ✓ **Continu:** psychisch probleem in een bepaalde mate: licht, matig, ernstig
    - Hybride:** psychisch probleem “ja of neen”, maar met symptomen in een bepaalde mate : licht, matig, ernstig
    - **Hybride systemen** zijn meest “bruikbaar” in de klinische praktijk, de continuïteit van symptomen geeft ook de **co-morbiditeit** aan van symptomen over psychische problemen heen (**trans-diagnostisch**)
    - ✓ Gebaseerd op empirisch onderzoek naar samenhang tussen symptomen
    - ✓ Voorbeeld: **HiTOP** (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology)  
(Kotov et al., 2017)

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### HiTOP (Hiërarchische Taxonomie van Psychopathologie)

(Kotov et al., 2017 and Hopwood et al., 2019)



\* SAD: Specifieke Angststoornis  
\* OCD: Obsessief Compulsieve stoornis  
\* GAD: Algemene Angststoornis  
\* PTSD: Post-Traumatische Stress-stoornis

\* PS: Persoonlijkheidsstoornis  
\* ODD: Oppositioneel Opstandig Gedrag  
\* ADHD: aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis  
\* IED: Periodieke Explosieve stoornis

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### CLASSIFICATIESYSTEEM PSYCHISCHE PROBLEMEN

#### Welk classificatiesysteem? (zie referentielijst p. 38-42)

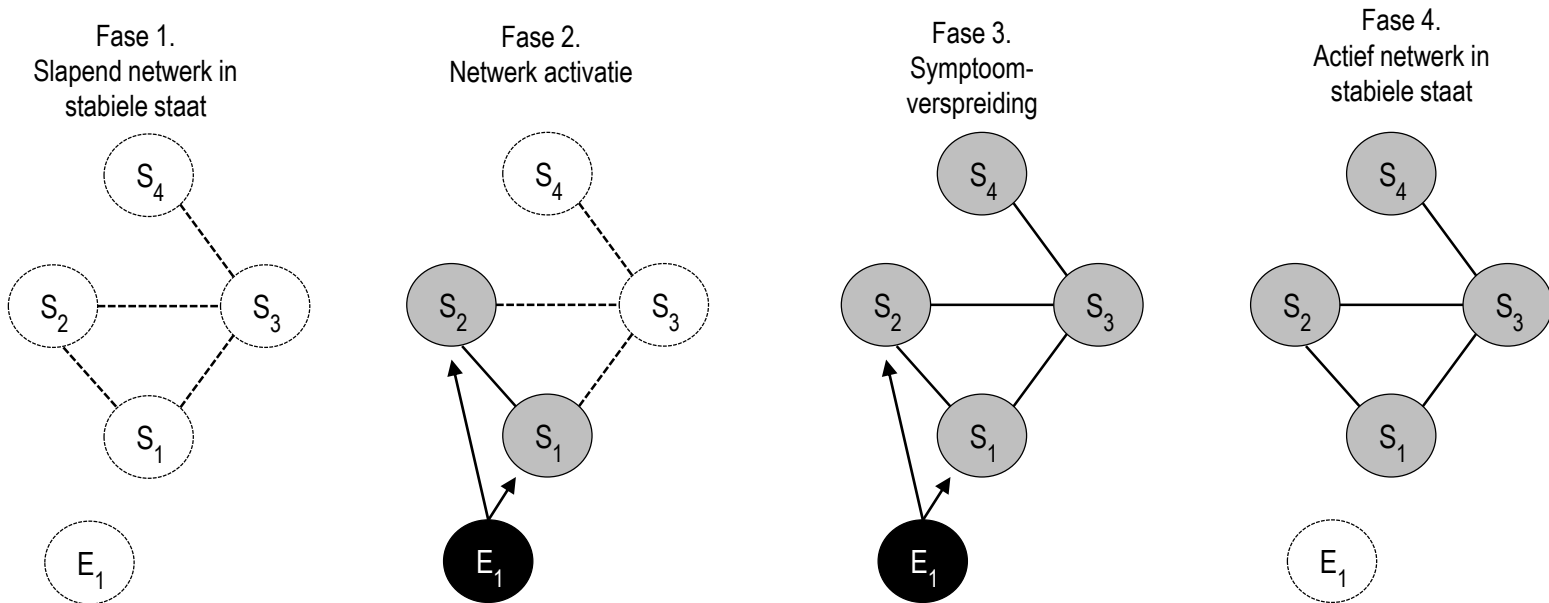
- ✓ **Netwerk systemen:** (Borsboom, 2017 en Curtiss et al., 2019)
  - ✓ **Recente ontwikkeling** om psychische problemen te categoriseren
  - ✓ Volgens deze benadering zijn **de symptomen** aan de basis van een psychisch probleem **causaal met elkaar verbonden** via ontelbaar veel **biologische, psychologische en maatschappelijke mechanismen**. Sterke connecties tussen symptomen houden elkaar “in leven”, wat verklaart dat patiënten vast komen te zitten in een (ernstig) psychisch probleem.
  - ✓ Doordat symptomen van verschillende psychische problemen met elkaar verbonden kunnen zijn, ontstaat ook de **co-morbiditeit** van psychische problemen (zie volgende slides voor meer uitleg).

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### CLASSIFICATIESYSTEEM PSYCHISCHE PROBLEMEN

☐ Welk classificatiesysteem? (zie referentielijst p. 38-42)

✓ **Netwerk systemen:** ontwikkeling van een psychisch probleem  
(Borsboom, 2017 en Curtiss et al., 2019)



Figuur 3 Fases in de ontwikkeling van psychische stoornissen volgens de theorie van de netwerk systemen. Na een asymptotische fase, waarin het netwerk slapend is (fase 1), activeert een externe gebeurtenis (E<sub>1</sub>) enkele symptomen (fase 2), die op hun beurt verbonden symptomen activeren (fase 3). Als het netwerk sterk verbonden is, leidt verwijdering van de externe gebeurtenis niet tot herstel: het netwerk is zelfvoorzienend en zit vast in zijn actieve status (fase 4).

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### CLASSIFICATIESYSTEEM PSYCHISCHE PROBLEMEN

Welk classificatiesysteem? (zie referentielijst p. 38-42)

✓ **Netwerk systemen:** type netwerken (Borsboom, 2017 en Curtiss et al., 2019)

		Netwerk connectiviteit	
		<b>Zwak</b>	<b>Sterk</b>
Stressoren in extern veld	<b>Zwak</b>	Geestelijke gezondheid met hoge veerkracht	Verhoogde kwetsbaarheid (mogelijk remissie status)
	<b>Sterk</b>	Verhoogde symptomatologie	Psychische stoornis

Een zwak verbonden netwerk zal, onder lage externe stressniveaus, een stabiele toestand teweegbrengen van geestelijke gezondheid (cel linksboven). Het netwerk is veerkrachtig omdat - zelfs als er sprake is van verhoogde symptomatologie wanneer het onder druk staat van het externe veld (cel linksonder) - het terugkeert naar zijn stabiele toestand wanneer dat stressniveau afneemt. Een sterk verbonden netwerk kan daarentegen asymptomatisch zijn (cel rechtsboven), maar is kwetsbaar omdat - zodra een stressor in het externe veld komt - het kan overgaan naar een alternatieve stabiele toestand van psychische stoornis (cel rechtsonder).

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij het exploreren van de aard van de klacht, kan de huisarts ook gebruik maken van **verschillende meetinstrumenten**. Op de volgende pagina's stellen wij verschillende wetenschappelijk gevalideerde en betrouwbare meetinstrumenten voor die door de huisarts gebruikt kunnen worden ter bijkomende validatie van de inschatting van de verschillende psychische problemen in deze Applicatie.

De keuze van de meetinstrumenten is gebaseerd op enerzijds hun wetenschappelijke waarde alsook hun praktische bruikbaarheid in de praktijk van de huisarts (i.e. korte, eenvoudig in te vullen vragenlijst). Belangrijk is immers dat het gebruik van een meetinstrument, net als deze Applicatie, de huisarts niet afleidt van de communicatie met de patiënt, maar de huisarts ondersteunt bij de **patroonherkenning** van psychische problemen, naast de analyse van louter somatische klachten (Wilhelm et al., 2008; Fernandez et al., 2012; Rosendal et al., 2013; Pettersson et al., 2014; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017; Grice, T. et al. 2018)



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Voor het gebruik van de meetinstrumenten tijdens de consultatie van de huisarts, worden onderstaande richtlijnen geadviseerd:

- ✓ Meetinstrumenten worden best ingezet tijdens een opvolg-consult. Zo heeft de huisarts tijd om tijdens een eerste consult de kans op organische ziekten uit te sluiten alsook om een open gesprek met de patiënt aan te gaan om de kans op psychische problemen te exploreren;
- ✓ Afhankelijk van de kenmerken van de patiënt, kan het meetinstrument ook thuis ingevuld worden door de patiënt. Dit is enkel mogelijk indien het meetinstrument een “self-report” is;
- ✓ Meetinstrumenten kunnen zeker ook nuttig zijn bij patiënten die eerder “gesloten” zijn en weinig vertellen over de aard van hun fysische en psychische problemen.

## WSQ – Web Screening Questionnaire for Common Mental Disorders

- Screening voor **depressie**, algemene angststoornis, paniekstoornis met/zonder agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, obsessief-compulsieve stoornis, post-traumatisch stress syndroom en **alcohol misbruik/verslaving**
- Ontwikkeld door Donker et al., 2009; extra gevalideerd door Meuldijk et al., 2017
- 15 items
- Duurtijd van afname < 5 minuten
- Vooral goed om “true negatives” vast te stellen, i.e. dat er geen sprake is van één van de gescreende psychische problemen
- Bij verhoging op één of meerdere gescreende psychische problemen is verder onderzoek aangewezen voor een meer precieze inschatting
- Nederlandstalige en Franstalige versie van deze test werd als bijlage opgenomen in deze Applicatie**

## 4DKL Vierdimensionale Klachtenlijst

- De **4DKL (4DSQ)** helpt om een onderscheid te maken én verbanden te leggen tussen spanningsklachten (distress), depressieve klachten, angstklachten en somatisatie (veel lichamelijke klachten).
- Deze lijst kan door de huisarts ook gebruikt worden om het verloop van de klachten op te volgen.
- Ontwikkeld door Terluin et al., 2008 & 2014
- 50 items verdeeld in 4 dimensies distress, depressie, angst en somatisatie
- Duurtijd: 30 min. (self-report door patiënt)
- Meer info: <http://www.emgo.nl/quality-of-our-research/research-tools/4dsq>

## Kessler K10 Stress questionnaire

- Op basis van deze vragenlijst krijgt de huisarts een algemeen zicht over het “**distress-niveau**” van de patiënt. Het is gebaseerd op vragen over angst en depressieve symptomen die de patiënt ervaren heeft gedurende de afgelopen 4 weken
- Ontwikkeld door Kessler, R.C. (2002)
- 10 items
- Scores liggen tussen 10 en 50. Bij scores boven 24 is het aangeraden om de patiënt door te sturen naar de eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog voor verdere inschatting van het psychisch probleem

## WSQ Work Stress Questionnaire

- Deze test werd speciaal ontwikkeld voor de huisartsenpraktijk om werknemers op te sporen die **een hoog risico hebben op absentie** omwille van **werk-gerelateerde stress**.
- Ontwikkeld door Holmgren, K. (2009)
- 21 items

## DIAD

### Diagnostic Interview for Adjustment Disorder

- De DIAD is een volledig gestructureerd interview voor de inschatting van Adjustment Disorders
- Ontwikkeld door Cornelius et al. (2014)
- 29 vragen die peilen naar de **kenmerken van de stressor(en)**, het **type distress**, de **relatie tussen de stressor(en) en de distress** en de **impact op de levenskwaliteit**

## BAT

### Burnout Assessment Tool

- De BURNOUT ASSESSMENT TOOL (of kortweg BAT) is het resultaat van een driejarig onderzoeksproject van KU Leuven. Deze wetenschappelijk gevalideerde vragenlijst laat toe om snel én in 1 oogopslag **het risico op een werkgerelateerde burn-out** te bepalen.
- Ontwikkeld door Desart, S., Scaufeli, W.B. en De Witte, H. (2017)
- 33 items
- Voor meer info: <https://burnoutassessmenttool.be/>

## S-ED

### Self-Reported Exhaustion Disorder Scale

- Korte vragenlijst om **Exhaustion Disorder** op te sporen. De items zijn gebaseerd op de diagnostische criteria van de ICD-10 code 43.8.
- Ontwikkeld door Glise K. et al. (2010)
- 4 items

## KEDS

### Karolinska Exhaustion Disorder Scale

- Een relatief korte vragenlijst voor de beoordeling van symptomen van **Stress-induced exhaustion disorder (ED)**, ook bekend als chronische stressstoornis, of klinische of ernstige burn-out (gebaseerd op de ICD-10 code 43.8).
- Ontwikkeld door Besèr et al. (2014)
- 9 items

## WB-DAT

Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care

- Korte vragenlijst om **Angst stoornissen & Depressie** op te sporen in de eerstelijnszorg. De items zijn gebaseerd op de diagnostische criteria van de DSM-IV en ICD-10.
- Ontwikkeld door Farvolden, P. et al (2003)
- 11 basis items, met extra vragen afhankelijk van initiële antwoorden
- Gratis online beschikbaar in het Engels:  
<https://screen.evolutionhealth.care/wb-dat>

## GAD-7

Inschatting van Generalized Anxiety Disorder

- De GAD-7 is een zelfrapportagevragenlijst om te screenen op klachten passend bij een gegeneraliseerde angststoornis en deze in ernst te meten.
- Ontwikkeld door Spitzer, R.L. et al. (2006)
- 7 items

## BDI

### Beck Depression Inventory

- Deze vragenlijst werd ontwikkeld op basis van klinische observaties van **de attituden en symptomen** vertoond door patiënten gediagnosticeerd met een **depressie**. Tegelijk attituden en symptomen die niet of nauwelijks voorkomen bij patiënten die niet gediagnosticeerd zijn met een depressie.
- Ontwikkeld door Beck, A.T. (1988)
- Bevraging van 21 symptomen en attituden
- Duurtijd 5-10 minuten

## MDI

### Major Depression Inventory

- Op basis van deze vragenlijst wordt de aanwezigheid van **depressieve symptomen** (volgens de DSM-IV) beoordeeld alsook **de mate van ernst van depressie**.
- Ontwikkeld door Bech, P. et al. (2015)
- 12 items

## PHQ-2

### Patient Health Questionnaire 2Q (Depressie)

- 2 cruciale items om het risico op een **ernstige depressie** vast te stellen
- Indien een score  $\geq 2$  behaald wordt, is het aangeraden om de overige 7 items binnen de PHQ-9 af te nemen voor een correctere inschatting van ernstige depressie
- Ontwikkeld door Pfizer (Kroenke et al., 2003)

## PHQ-9

### Patient Health Questionnaire 9Q (Depressie)

- 2 cruciale items om het risico op een **ernstige depressie** vast te stellen
- 7 extra items die focussen op de overige symptomen van een ernstige depressie zoals beschreven in de DSM-V
- Ontwikkeld door Pfizer (Kroenke et al., 2001)



## MDQ

### Mood Disorder Questionnaire (Bipolair)

- De MDQ werd ontwikkeld door een team van psychiaters, onderzoekers en patiënten om een accurate inschatting te maken van **Bipolaire stoornis** (Bipolair I, II en NOS)
- 14 ja-nee vragen en een multiple choice vraag
- Duurtijd: 5 minuten
- Ontwikkeld door Hirschfeld, R.M.A. et al. (2000)

## CIDI - Mania

### Composite International Diagnostic Interview

- Volledig gestructureerd interview voor de inschatting van **Bipolaire stoornis** gebaseerd op de criteria van de DSM-IV
- Ontwikkeld door Kessler R.C. et al. (2004)
- 12 ja-nee vragen
- Duurtijd: 3 minuten

## Five Shot-Test

### Alcohol afhankelijkheid of misbruik

- De **Five Shot-test** is een korte vragenlijst om de mate van alcoholmisbruik of – afhankelijkheid op te sporen.
- Ontwikkeld door Seppa et al., 1998
- 5 items

## AUDIT

### Alcohol Use Disorder Identification Test

- Vragenlijst voor het inschatten van **problematisch alcoholgebruik** door de huisarts
- Ontwikkeld door de World Health Organization (WHO, 2001)
- 10 vragen: bij een score  $\geq 5$  op de eerste 3 vragen, worden de overige 7 vragen gesteld
- Nederlandstalige en Franstalige versie van deze test werd opgenomen als bijlage in deze Applicatie**
- Voor de online versie verwijzen we naar:**  
NL: [www.me-assits.com](http://www.me-assits.com) of  
<https://www.druglijn.be/test-jezelf/test/zelftest-alcohol-18/>  
FR: <https://aide-alcool.be/testalcool/commencer>

## ASSIST

### Drugsgebruik bij volwassenen

- De ASSIST is de “**Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test**”, een screeningsinstrument voor alcohol, roken en ander middelengebruik.
- Ontwikkeld de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2002) en een internationaal team van onderzoekers gespecialiseerd in middelengebruik
- 8 items
- Nederlandstalige en Franstalige versie van deze test werd opgenomen als bijlage in deze Applicatie**
- Voor de online versie verwijzen we naar:**  
NL: [www.me-assits.com](http://www.me-assits.com)  
FR: geen online-versie beschikbaar

## CRAFFT

### Drugsgebruik bij jongeren

- Met het screeningsinstrument **CRAFFT** kunnen eerstelijnsgezondheidswerkers simultaan alcohol- en ander middelengebruik screenen bij kinderen en jongeren van 12 tot 18 jaar.
- Ontwikkeld door het Center for Adolescent Substance Abuse Research (ceASAR) van het Boston Children’s Hospital: Knight et al., 2018
- 9 vragen: indien op basis van de eerste 3 vragen blijkt dat er al drugs gebruikt werd, worden de overige 6 vragen gesteld
- Nederlandstalige en Franstalige versie van deze test werd opgenomen als bijlage in deze Applicatie**
- Voor de online versie verwijzen we naar:**  
NL: [www.me-assits.com](http://www.me-assits.com)  
FR: geen online-versie beschikbaar

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Bij de zorg/behandeling van de patiënten tenslotte, wordt uitgegaan van het “[Stepped Care Principe](#)”: (Meijer & Verhaak, 2004; Sikorski et al., 2012)

Het belangrijkste kenmerk van [de getrapte zorg](#) dat in deze Applicatie ingebed zit, is dat alle patiënten beginnen met de minst intensieve behandeling, volgens de aard en de ernst van de klachten. Als de patiënt bij de huisarts aanklopt, maakt deze eerst een inschatting en behandelt zo mogelijk zelf. De huisarts heeft immers het meeste kans om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de patiënt door het longitudinale karakter van de relatie. Een goede, respectvolle therapeutische relatie tussen de huisarts en de patiënt met psychische problemen, kan vaak al als een effectieve eerste behandeling beschouwd worden. Een goede afbakening van de taken van de verschillende professionals rondom een patiënt (zoals huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, ...) is cruciaal. Verder moet het duidelijk zijn wie op welk moment verantwoordelijk is. Ook een goed contact tussen de hulpverleners in de verschillende lijnen zorgt voor een snelle en succesvolle consultatie of verwijzing, en is eveneens waardevol bij het terug verwijzen van de patiënt naar de eerstelijnszorg voor de vereiste nazorg.

Zie volgende pagina voor de verschillende stappen in de “[Stepped Care](#)”.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

De verschillende stappen van het “**Stepped Care Principe**”: (NHG, 2016)

- **Stap 0 Watchful waiting**: De interventies worden voorafgegaan door een periode van watchful waiting. Een deel van de patiënten met psychische klachten herstelt spontaan.
- **Stap 1a Psycho-educatie**: Psycho-educatie is het planmatig verstrekken van informatie dat is afgestemd op de kennis en belevingswereld van de patiënt en zijn/haar naasten.
- **Stap 1b Advisering (dagstructurering, activiteitenplanning, bewegingsadviezen, ontspanningsoefeningen)**: De advisering hangt af van de aard van de klachten en is afgestemd op de individuele patiënt.
- **Stap 2a (Begeleide) zelfhulp**: Er zijn verschillende vormen van zelfhulp: bibliotherapie (therapie aan de hand van een boek), online cursussen of groepscursussen; patiënten werken zelfstandig en gestructureerd aan hun problemen waarbij ze per e-mail of telefoon worden ondersteund.
- **Stap 2b (Verwijzing voor) hulp bij psychosociale problemen**
- **Stap 3 (Verwijzing voor) kortdurende begeleiding**, bijvoorbeeld een gedragsmatige interventie zoals Cognitieve GedragsTherapie (CGT) of Problem Solving Therapy (PST).
- **Stap 4a Medicatie**
- **Stap 4b Verwijzing voor intensieve psychotherapie naar specialistische GGZ**
- **Stap 5 Combinatie van medicatie en psychotherapie**

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

1. Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J.T.J., Van der Heyden, J. (2006). *Gezondheidsenquête door middel van interview, België, 2004*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
2. Bech, P., Timmerby, N., Martiny, K. and Soendergaard, S. (2015), Psychometric evaluation of the Major Depression Inventory (MDI) as depression severity scale using the LEAD (Longitudinal Expert Assessment of All Data) as index of validity. *BMC Psychiatry* (15-1), p. 190.
3. Beck, A.T., Steer, R.A. and Carbin, G. (1988), Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* (8-1), p. 77-100.
4. Besèr, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren, A. and Asberg, M. (2014), Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Personality and Social Psychology* (55), p. 72-82.
5. Black, L., Panayiotou, M. & Humphrey, N. (2019). The dimensionality and latent structure of mental health difficulties and wellbeing in early adolescence, *PLoS ONE* 14(2): e0213018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213018>.
6. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders, *World Psychiatry* (16), p. 5–13.
7. Carragher, N., Krueger, R.F., Eaton, N.R. & Slade, T. (2015). Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (50), p. 339–350.
8. Conway, C.C, Mansolf, M. & Reise, S.P. (2019). Ecological Validity of a Quantitative Classification System for Mental Illness in Treatment-Seeking Adults, *Psychological Assessment*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000695>.
9. Cornelius, L.R., Brouwer, S., de Boer, M.R., Groothoff, J.W. and van der Klink, J.J.L. (2014). Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD), *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (23, 2), p. 192-207.
10. Curtiss, J., Fulford, D., Hofmann, S.G. & Gershon, A. (2019). Network dynamics of positive and negative affect in bipolar disorder, *Journal of Affective Disorders* (249), p. 270-277.
11. de Carvalho, H.W., Andreoli, S.B., Lara, D.R., Patrick, C.J., Quintana, M.I., Bressan, R.A., Mello, M.F., Mari, J.J. & Jorge, M.R. (2014). The joint structure of major depression, anxiety disorders, and trait negative affect. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (36), p. 285-292.
12. de Jonge, P., Wardenaar, K.J., Lim, C.C.W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L.H., Bunting, B., Chatterji, S., Ciutan, M., Gureje, O., Karam, E.G., Lee, S., Medina-Mora, M.E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., Pennell, B., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., Kessler, R.C. & Scott, K. on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators (2018). The cross-national structure of mental disorders: results from the World Mental Health Surveys, *Psychological Medicine* (48-12), p. 2073-2084.
13. De Maeseneer, J. (2009). *Onderzoeksrapport eerstelijnspsycholoog; rapport opgemaakt in opdracht van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid* (oktober 2009).
14. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

15. Donker, T., Va, Straten, A., Marks, I. & Cuijpers, P. (2009). A Brief Web-Based Screening Questionnaire for Common Mental Disorders: Development and Validation. *Journal of Medical Internet Research* (11-3), doi:[10.2196/jmir.1134](https://doi.org/10.2196/jmir.1134).
16. Eaton, N.R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N. & Krueger, R.F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (50), p. 171–182.
17. Farvolden, P., McBride, C. and Ravitz, P. (2003). A Web-Based Screening Instrument for Depression and Anxiety Disorders in Primary Care. *Journal of Medical Internet Research*, (5-3), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550568/>
18. Fernández, A., Mendive, J.M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Palao, D.J., Bellon, J.A., Serrano-Blanco, A. & DASMAR investigators (2012). Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry* (201), p. 137-142.
19. Fernández, A., Pinto-Meza, A., Bellón, J.A., Roura-Poch, P., Haro, J.M., Autonell, J., Palao, D.J., Peñarubia, M.T., Fernández, R., Blanco, E., Luciano, J.V. and Serrano-Blanco, A. (2010), Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *General Hospital Psychiatry*, (32), p. 201-209.
20. Glise K., Hadzibajramovic E. Jonsdottir I.H. and Ahlborg G Jr. (2010). Self-reported exhaustion: a possible indicator of reduced work ability and increased risk of sickness absence among human service workers. *International Archives of Occupational Environmental Health*, (83-5), p. 511-520.
21. Grice, T., Alcock, K. & Scior, K. (2018). Factors Associated With Mental Health Disclosure Outside of the Workplace: A Systematic Literature Review. *Stigma and Health*, (3-2), p. 116-130.
22. Hirschfeld, R.M.A., M.D., Janet B.W., Williams, D.S.W., Robert L., Spitzer, M.D., Joseph R., Calabrese, M.D., Laurie Flynn, Paul E., Keck, Jr., M.D., Lydia Lewis, Susan L., McElroy, M.D., Robert M., Post, M.D., Daniel J., Rapport, M.D., James M., Russell, M.D., Gary S., Sachs, M.D., John Zajecka, M.D., Development and Validation of a Screening Instrument for Bipolar Spectrum Disorder: The Mood Disorder Questionnaire." *American Journal of Psychiatry* (157-11), p.1873-1875.
23. Hoge Gezondheidsraad (2019). *DSM(5): Toepassing en status van de diagnose en classificatie van geestelijke gezondheidsproblemen*. HGR NR. 9360.
24. Holmgren, K., Hensing, G., Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Development of a questionnaire assessing work-related stress in women - identifying individuals who risk being put on sick leave. *Disabil Rehabil*, (31-4), p. 284–292.
25. Hoogduin, C.A.L. & Derksen, J.J.L. (2000). Beslisbomen bij indicatiestellingen ten behoeve van de eerstelijnspsycholoog. In: Derksen, J.J.L., van der Staak C.P.F., redactie. *Behandelingsstrategieën voor de eerstelijnspsycholoog*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum; 2000. p. 67-76.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

26. Hopwood, C. J., Bagby, R. M., Gralnick, T., Ro, E., Ruggero, C., Mullins-Sweatt, S., Kotov, R., Bach, B., Cicero, D. C., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Chmielewski, M., DeYoung, C. G., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Ivanova, M. Y., Latzman, R. D., Pincus, A. L., Samuel, D. B., Waugh, M. H., Wright, A. G. C., & Zimmermann, J. (2019, April 22). Integrating Psychotherapy With the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/int0000156>.
27. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, (32), p. 959-956.
28. Kessler, R.C. and Ustün, T.B. (2004), The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* (13-2), p. 93-121.
29. Keyes, K.M., Eaton, N.R., Krueger, R.F., Skodol, A.E., Wall, M.M., Grant, B., Siever, L.J. & Hasin, D.S. (2013). Thought disorder in the meta-structure of psychopathology, *Psychological Medicine* (43-8), p. 1673-1683.
30. Knight, J.R., Csemy, L. Sherritt, L., Starostova, O., Van Hook, S., Bacic, J., Finlay, C., Tauber, J., Brooks, T., Kossack, R., Kulig, J.W., Shaw, J., Harris, S.K. (2018). Screening and Brief Advice to Reduce Adolescents' Risk of Riding With Substance-Using Drivers. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (97-4), p. 611-616.
31. Kotov, R., Perlman, G., Gámez, W. & Watson, D. (2014). The structure and short-term stability of the emotional disorders: a dimensional approach, *Psychological Medicine* (doi:10.1017/S0033291714002815), p. 1-12.
32. Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Bagby, R.M., Brown, T.A., Carpenter, W.T., Caspi, A., Clark, L.A., Eaton, N.R., Forbes, M.K., Forbush, K.T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S.E., Ivanova, M.Y., Lynam, D.R., Markon, K., Miller, J.D., Moffitt, T.E., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Ormel, J., Patrick, C.J., Regier, D.A., Rescorla, L., Ruggero, C.J., Samuel, D.B., Sellbom, M., Simms, L.J., Skodol, A.E., Slade, T., South, S.C., Tackett, J.L., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A., Widiger, A.T. & Wright, A.G.C. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies, *Journal of Abnormal Psychology* (126-4), p. 454-477.
33. Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2001), The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine* (16-9), p. 606-613.
34. Kroenke, K., Spitzer, R.L. and Williams, J.B. (2003), The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care* (41), p. 1284-1292.



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

35. Krueger, R.F., Kotov, R., Watson, D., Forbes, M.K., Eaton, N.R., Ruggero, C.J., Simms, L.J., Widiger, T.A., Achenbach, T.M., Bach, B., Bagby, R.M., Bornovalova, M.A., Carpenter, W.T., Chmielewski, M., Cicero, D.C., Clark, L.A., Conway, C., DeClercq, B., DeYoung, C.G., Docherty, A.R., Drislane, L.E., First, M.B., Forbush, K.T., Hallquist, H., Haltigan, J.D., Hopwood, C.J., Ivanova, M.Y., Jonas, K.G., Latzman, R.D., Markon, K.E., Miller, J.D., Morey, L.C., Mullins-Sweatt, S.N., Ormel, J., Patalay, P., Patrick, C.J., Pincus, A.L., Regier, D.A., Reininghaus, U., Rescorla, L.A., Samuel, D.B., Sellbom, M., Shackman, A.J., Skodol, A., Slade, T., South, S.C., Sunderland, M., Tackett, J.L., Venables, N.C., Waldman, I.D., Waszczuk, M.A., Waugh, M.H., Wright, A.G.C., Zald, D.H. & Zimmermann, J. (2018). Progress in achieving quantitative classification of psychopathology, *World Psychiatry* (17), p. 282–293.
36. Lahey, B.B., Krueger, R.F., Rathouz, P.J. & Waldman, I.D. (2017). A Hierarchical Causal Taxonomy of Psychopathology Across the Life Span, *Psychological Bulletin* (143-2), p. 142-186.
37. Layard, R. and Clark, D.M. (2018). *Therapiewinst, de waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
38. Meuldijk, D., Giltay, E.J., Carlier, I.V.E., van Vliet, I.M., van Hemert, A.M. & Zitman, F.G. (2017). A Validation Study of the Web Screening Questionnaire (WSQ) Compared With the Mini-International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus). *Journal of Medical Internet Research*, (4-3) <http://mental.jmir.org/2017/3/e35/>
39. Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ"*. Utrecht: NIVEL; 2004.
40. Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. and Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Nederland: Trimbos instituut en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
41. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2017). Generieke Module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)
42. NHG (2016). GGZ in de huisartsenpraktijk (editie 2016). Nederlands Huisartsen Genootschap.
43. Pettersson, A., Björkelund, C. & Petersson, E-L. (2014). To score or not to score: a qualitative study on GPs views on the use of instruments for depression. *Family Practice* (31-2), p. 215-221.
44. Rosendal, M., Vedsted, P., Christensen, K.S. & Moth G. (2013). Psychological and social problems in primary care patients - general practitioners' assessment and classification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, (31-1), p. 43-49, <https://doi.org/10.3109/02813432.2012.751688>

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE TRIAGE & CLASSIFICATIE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

45. Seppa, K., Lepisto, J. & Sillanaukee, P. (1998). Five-shot questionnaire on heavy drinking. Alcoholism. *Clinical and Experimental Research*, (22-8), p.1788-1791.
46. Sikorski, C., Luppá, M., König, H-M., van den Bussche, H. & Riedel-Heller, G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, (12-10), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/10>
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, et al. (10 November 1999). "Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study". *JAMA*. 282 (18): 1737-44. Rijnders P. (2004). *Overzicht, inzicht en uitzicht: een protocol voor kortdurende psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
48. Spitzer, R.L., Kroenke, K. and Löwe, B. (2006), A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* (166-10), p. 1092-1097.
49. Terluin, B., Terluin, M., Prince, K. & van Marwijk, H. (2008). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op, *Huisarts & Wetenschap* (51-5), p. 251-255.
50. Terluin B., Oosterbaan D.B., Brouwers E.P.M., van Straten A., van de Ven P.M., Langerak W., van Marwijk H.W.J. (2014). To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. *BMC Psychiatry*, (14 -1), p. 121.
51. Terluin, B. & Oud, M.J.T. (2015). Triage van psychische klachten bij de huisarts, <https://www.researchgate.net/publication/271516333>
52. Vaidyanathan, U., Patrick, C.J. & Iacono, W.G. (2012). Examining the Overlap between Bipolar Disorder, Non-affective Psychosis, and Common Mental Disorders using Latent Class Analysis, *Psychopathology* (45), p. 361-365.
53. van der Feltz-Cornelis, C.M., Knispel, A. & Elfeddali, I. (2006). *Afbakening eerste en tweedelijnszorg voor psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
54. World Health Organization (2001), *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland.
55. World Health Organization, ASSIST Working Group (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility*. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194.
56. Wilhelm, K.A., Finch, A.W., Davenport, T.A. & Hickie, B.H. (2008). What can alert the general practitioner to people whose common mental health problems are unrecognised? *Medical Journal of Australia* (188-12), p. S114-S118.
57. Wright, A.G.C., Hobbs, M.J., Eaton, N.R., Krueger, R.F., Markon, K.E. & Slade, T. (2013). The Structure of Psychopathology: Toward an Expanded Quantitative Empirical Model. *Journal of Abnormal Psychology* (122), p. 281-294.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BIJ STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN

### ii. BESCHRIJVING VAN STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Omwille van hun “gelijkaardige zichtbare symptomen” (hoewel de onderliggende symptomen ervan duidelijk verschillen), zullen we de psychische problemen “Stress”, “Burn-out”, “Angst”, “Depressie” en “Bipolaire stoornis” samen behandelen\*.

- Volgens het HiTOP-classificatiesysteem, kunnen we de psychologische problemen “Stress”, “Angst” en “Depressie” categoriseren binnen het Spectra “Internalisatie”, waarbij “Stress” en “Depressie” vallen onder de Subfactor “Distress”, terwijl “Angst” gedeeltelijk als een aparte Subfactor beschouwd wordt.
- Over de “Bipolaire stoornis” is er minder duidelijkheid, i.e. of deze binnen hetzelfde Spectra “Internalisatie” past, dan wel gecategoriseerd moet worden als een “Denkstoornis”. Sowieso past de “Bipolaire stoornis” in een aparte categorie van “stress” en “depressie”, aangezien er naast de overwegend depressieve klachten ook periodes van manie en hypomanie zijn.
- “Burn-out” is (nog) niet opgenomen binnen de HiTOP-classificatie. Op basis van de wetenschappelijke literatuur gaat het hier om een “Uitputtingsstoornis” (ICD-10), waardoor het (samen met “stress” en “depressie”) kan geplaatst worden binnen het Spectra “Internalisatie” en binnen de Subfactor “Distress”.

\* Gebruik psychoactieve stoffen (alcohol, drugs, geneesmiddelen), komen later in dit hoofdstuk aan bod.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Zoals het bovenliggend Spectra aangeeft, alsook de Subfactor, zijn de psychische stoornissen “Stress”, “Burn-out”, “Depressie” alsook “Angst” een intern gerichte stoornis die vaak ontwikkelt ten gevolge van “Distress”. Maar wat is “(DI)STRESS”?

- Het is een term die in de volksmond gemakkelijk gebruikt wordt. Zelfs in de wetenschappelijke literatuur werden er doorheen de decennia heel wat definities voorgesteld, die omwille van hun disciplinaire oorsprong, alsook hun breedte weinig duidelijk waren (Epel et al., 2018).
- Wanneer we het hebben over “stress”, wordt er meestal “negatieve stress” bedoeld, i.e. **distress** dat ontstaat wanneer de stress respons (als reactie op de stressor of stressoren) **negatief** of **onaangepast** is, i.e. wanneer het individu moeilijk of niet in staat is om zijn lichaam terug in evenwicht te brengen. Omwille van dit “proces van onaangepaste reacties”, worden de psychische problemen “Stress” en “Burn-out”, ook vaak als “**Aanpassingsstoornissen**” omschreven, terwijl “Angst” en “Depressie” als “**Affectieve Stoornissen**” beschouwd worden (Epel et al., 2018).

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Om het concept “Stress” beter te begrijpen, stellen we de **“Typologie van stress”** voor zoals ontwikkeld door Epel et al., 2018 (zie volgende slide). *Deze typologie (i.e. een trans-disciplinair model van stress) zal als basis dienen om het inschatten van “Stress” en daaruit volgend “Burn-out”, “Angst” en “Depressie” voor de huisarts mee te verduidelijken.*

- In het model wordt in het kader van “stress”, een duidelijk onderscheid gemaakt tussen:
  - **Stressor**: een gebeurtenis in iemands’ leven. Een stressor komt soms alleen voor, maar meestal is er sprake van meerdere stressoren tegelijkertijd.
  - **Stress Respons**: de **cognitieve, emotionele en biologische reacties** die uitgelokt worden bij het individu als gevolg van de stressor. Deze reacties kunnen tweeledig zijn (Hoes, 1986; Le Fevre et al., 2003):
    - Positief = **“Eustress”**: het juiste stressniveau om het lichaam terug in evenwicht te krijgen
    - Negatief = **“Distress”**: er is té veel of té weinig stress waardoor het lichaam moeilijk of niet terug in evenwicht geraakt

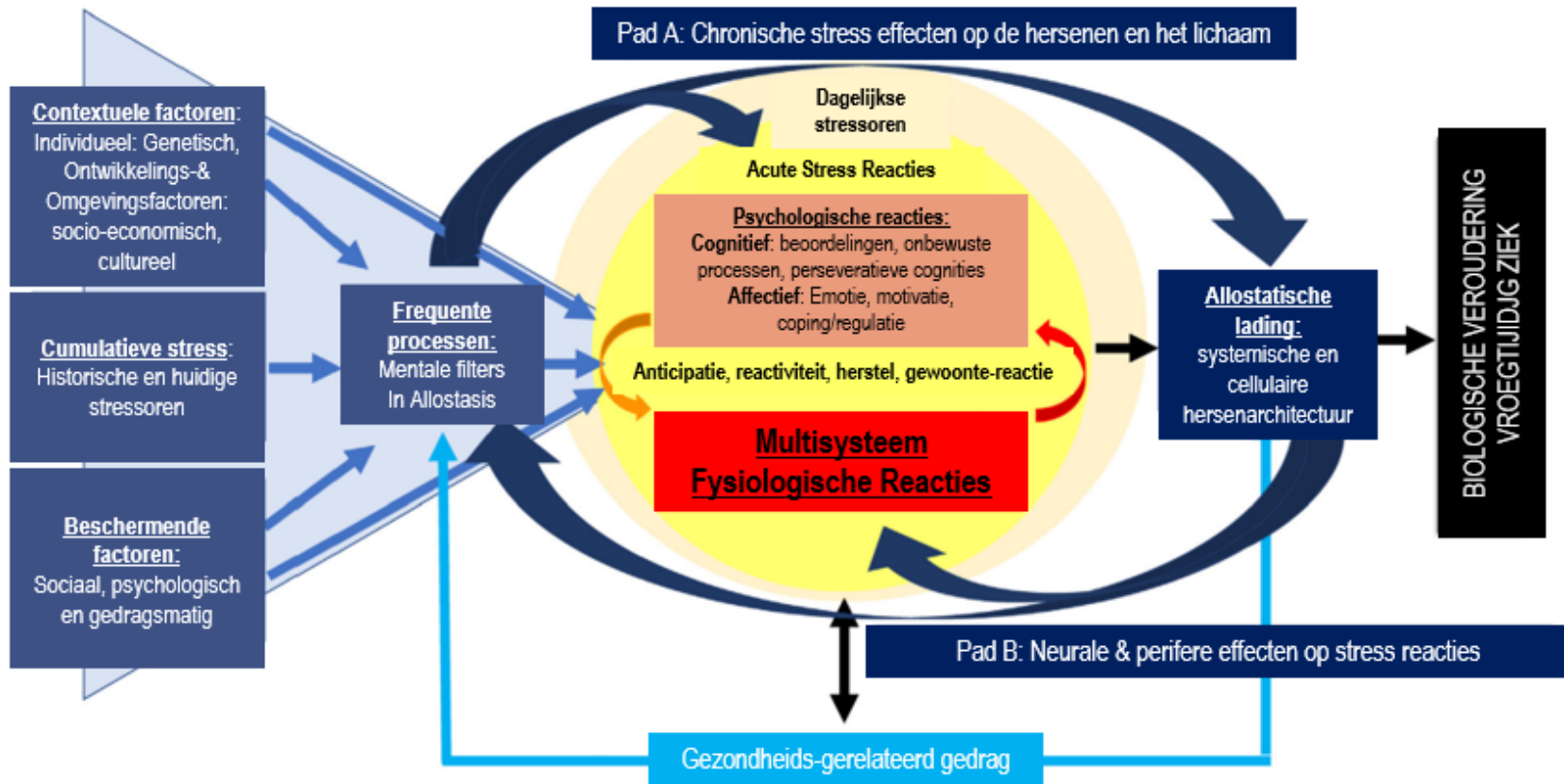
Voor een beter begrip van het model, gaan we dieper in op de kenmerken van de “Stressor” en de “Stress Respons”.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 2018)

Transdisciplinair model van stress: integratie van contextuele, historische, frequente en acute stress processen



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 2018)

#### Kenmerken van de STRESSOR

- **Contextuele factoren** bepalen hoe kwetsbaar of veerkrachtig een individu is t.o.v. stressoren.
- ✓ **Levensdomein**: “Life Stressors” verschillend in economisch ontwikkelde of ontwikkelingslanden:
    - ❑ In economisch ontwikkelde landen zijn de belangrijkste life stressors: **scheiding, diagnose van een ziekte/beperking (vb. kanker), verlies van werk, conflicten op het werk, conflicten thuis**
    - ❑ In ontwikkelingslanden zijn de belangrijkste life stressors: **verlies van middelen (economische tegenspoed), gedwongen migratie en aanpassing aan een nieuwe cultuur**
- Bij de inschatting is het belangrijk dat een huisarts deze life stressors mee in rekening neemt als “potentiële oorzaak van de psychische klacht”, ook deze voor ontwikkelingslanden wanneer hij te maken heeft met vb. een “patiënt vluchteling”



## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 20198)

#### Kenmerken van de STRESSOR

- **Contextuele factoren** bepalen hoe kwetsbaar of veerkrachtig een individu is t.o.v. stressoren.
  - ✓ **Ernst**: de impact van de ene stressor wordt als meer ernstig ervaren dan de impact van een andere stressor. Dit wordt deels individueel bepaald door de persoonlijkheid van een individu, alsook door de ervaringen van een individu met dezelfde of andere stressoren (zie ook “**Cumulatieve stress**” en “**Frequente Processen**”)
  - ✓ **Trauma**: is een speciale vorm van stressor: de ernst is hier extreem aangezien de directe fysieke en psychische veiligheid van het individu in gevaar is, vb. bij een ongeval of een aanslag
  - ✓ **Controleerbaarheid**: heeft het individu controle over de stressor en de impact ervan of niet
  - ✓ **Target**: wie is de target van de stressor: het individu zelf, naasten zoals familie en vrienden

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 2018)

#### Kenmerken van de STRESSOR

- **Cumulatieve stress** is gerelateerd aan het aspect “**tijd**”:  
iemand die in het verleden en in het heden regelmatig of zelfs continu aan één of meerdere stressoren blootgesteld wordt, heeft een grotere kans om uiteindelijk onaangepast te reageren, m.a.w. distress, een burn-out of een depressie te ontwikkelen. Op de volgende slide wordt getoond hoe verschillende tijdsschalen “genesteld” zijn in elkaar en alzo een belangrijke impact hebben op iemands’ leven.
- Duurtijd: hoe lang houdt de stressor/stressoren aan, zijn ze **acuut** of **chronisch**
- Frequentie: komen de stressoren regelmatig voor, vb. **dagelijkse beslommeringen**
- Periode: wanneer in het leven komt de stressor voor, vb. tijdens de zwangerschap (in utero), tijdens de kinderjaren, adolescentie of volwassenheid

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 2018)

#### Kenmerken van de STRESS RESPONS

##### ➤ **Psychische stress respons:**

- ✓ Cognitief: Het gaat over de inschatting van kenmerken van de stressor: is de stressor bedreigend of een uitdaging, is deze controleerbaar?
- ✓ Emotioneel: het uiten van positieve of negatieve emoties

##### ➤ **Fysische stress respons:**

- ✓ Hormonaal: vrijkomen van o.a. adrenaline, ACTH, cortisol
- ✓ Functionele somatische symptomen: dit is het voorkomen van lichamelijke klachten zonder duidelijke organische oorsprong/ziekte (Guo et al., 2001)
- ✓ Gedragingen: vermijdings- en/of coping gedrag (vb. sporten) t.o.v. stressoren

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### TYOLOGIE VAN STRESS

(Epel et al., 2018)

#### Kenmerken van de STRESS RESPONS

De stress respons kan “aangepast/adaptive” of “onaangepast/maladaptive” zijn. De eerste respons bevordert het welzijn van het individu en zal uiteindelijk niet tot psychische en/of fysische problemen leiden, terwijl de laatste respons schadelijk is voor het welzijn en wel tot psychische en/of fysische problemen zal leiden. **Vier kenmerken** zijn hier van belang:

	Aangepaste respons	Onaangepaste respons
1. <b>Anticipatie</b>	Geen mentale preoccupatie met stressor	Mentaal zich bijna constant angstig voelen, zorgen maken en piekeren over de stressor
2. <b>Reactiviteit</b>	Normale emotionele respons: Relativering van de emoties	Extreem: vb. woede, huilbuien ofwel helemaal geen emoties meer tonen
3. <b>Habituatie</b>	Men reageert anders, i.e. aangepast op iedere nieuwe stressor	Men reageert uiteindelijk even extreem op zowel laag als hoog impact stressoren
4. <b>Herstel</b>	Men bereikt snel weer een lichamelijk evenwicht	Het lichamelijk herstel duurt lang, of wordt zelfs niet meer bereikt

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Typologie van stress

(Epel et al., 2018)

#### Kenmerken van het INDIVIDU

- **Beschermende factoren** bepalen de draagkracht/veerkracht dat iemand heeft om aangepast op de stressoren te blijven reageren. In het algemeen gaat het hier om een **goed sociaal netwerk** alsook het onderhouden van **een gezond en actieve levensstijl**.
- **Frequente processen**: dit is de **mentale filter** waarmee men naar de wereld kijkt, dus ook hoe men een stressor interpreteert. Dit is deels afhankelijk van iemands' **persoonlijkheid/nature** (vb. pessimistisch versus optimistisch), maar is ook gerelateerd aan **vroegere ervaringen/nurture** en reacties op eenzelfde stressor. Deze ervaringen kunnen de architectuur van het brein veranderen: het brein wordt hiermee een soort “**voorspellende machine**” dat stress-responsen onthoudt. In het geval van onaangepaste stress responsen leidt dit tot een negatieve vicieuze cirkel.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Het model van Epel et al. (2018) werd als basis gebruikt voor het ontwikkelen van de **beslissingsbomen** als leidraad voor de huisarts bij het inschatten van “Stress”, “Burn-out”, “Angst”, “Depressie” en “Bipolaire stoornis”. Daarnaast werd per stress-gerelateerd psychisch probleem beroep gedaan op de meest recente wetenschappelijke literatuur alsook op gevalideerde richtlijnen die reeds ter beschikking zijn (cfr. Domus Medica of SSMG). Een overzicht van de gebruikte wetenschappelijke literatuur wordt in het volgende hoofdstuk gegeven.

Zoals in de voorgaande pagina's werd toegelicht, ontstaan stressgerelateerde psychische problemen als gevolg van een reactie op een stressor. Het gebruik van de verschillende beslissingsbomen impliceert dan ook, dat men steeds begint bij de beslissingsboom “stress” om van daaruit verder te exploreren om welk stress-gerelateerd psychisch probleem het juist gaat. Op de volgende pagina's geven we nog een **algemene omschrijving** van de stressgerelateerde psychische problemen in deze Applicatie.

## STRESS

(Epel et al., 2018)

De cognitieve, emotionele en biologische reacties die uitgelokt worden bij het individu als gevolg van een stressor. Er bestaat positieve stress of “Eustress”, wat geen negatief effect heeft op het welzijn van het individu. In de beslissingsbomen verwijzen we echter naar negatieve stress of “Distress” wat wel een negatief effect heeft op het welzijn van het individu. Bij “Distress” er is **té veel** of **té weinig stress** waardoor het lichaam moeilijk of niet terug in evenwicht of homeostase geraakt. Wanneer de stressor te lang aanhoudt, verbruikt het individu ook **té veel** van zijn/haar energiereserve waardoor er uitputting optreedt. Op dat moment is het welzijn van het individu aangetast met risico op de ontwikkeling van aanpassingsproblemen zoals burn-out en zelfs affectieve problemen zoals angst en depressie.

## BURN-OUT

(Desart et al., 2017)

Burn-out is een werkgerelateerde aandoening vooral gekenmerkt door **extreme vermoeidheid**, **controleverlies** over emotionele en cognitieve processen, én **mentaal afstand** nemen. Het mentaal distantiëren kan gezien worden als een disfunctionele poging om verdere uitputting te voorkomen. Deze **kernsymptomen** worden vergezeld door **secundaire symptomen**, zoals een depressieve stemming, cynisme en gedragsmatige en psychosomatische spanningsklachten. Burn-out wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door een disbalans tussen hoge werkeisen en onvoldoende hulpbronnen. Problemen in de privésfeer of persoonlijke kwetsbaarheden hebben hierbij een faciliterende rol. Uiteindelijk leidt burn-out tot gevoelens van incompetentie en slechtere prestaties op het werk.

## ANGST (Hoge Gezondheidsraad, 2013)

Volgens het HiTOP-classificatie-systeem maken we een onderscheid tussen **2 verschillende dimensies**:

**Distress/Anxious-Misery**: Binnen deze dimensie spreekt men over de **gegeneraliseerde angststoornis (GAD)** en de **posttraumatische stress-stoornis (PTSD)**.

- **Gegeneraliseerde angststoornis**: Bij een GAD voelt de persoon zich erg gespannen en overmatig bezorgd over alledaagse situaties. Het gaat om een overdreven en langdurig angstig gevoel wat het dagelijks leven ernstig verstoort.
- **Posttraumatische stress-stoornis**: PTSD kan zich ontwikkelen na acute stress, vaak een traumatische gebeurtenis, waarbij deze gebeurtenis telkens opnieuw beleefd wordt wanneer de persoon eraan herinnerd wordt door bepaalde stimuli in de omgeving. Als gevolg daarvan gaat de persoon deze aan het trauma gekoppelde stimuli vermijden waardoor er chronische angst ontstaat die het dagelijks leven ernstig verstoren.

**Fear/Angst**: Binnen de HiTOP-classificatie worden 5 typen angst benoemd:

- **Sociale fobie/Sociale angststoornis (SAD)**: een buitensporige angst voor sociale situaties, angst om met niet-vertrouwde mensen in contact te moeten komen
- **Agorafobie**: angst voor ruimtes andere dan de vertrouwde thuisomgeving, vb. angst voor open ruimtes, winkelcentra, openbaar vervoer etc.
- **Specifieke fobie**: intense angst, potentieel gepaard gaande met paniekaanvallen, voor specifieke objecten of situaties (vb. spinnen, liften, etc.).
- **Paniekstoornis**: intense angst met een abrupt en onvoorspelbaar begin. Omdat er geen duidelijke reden is voor de angst, is dit type angst moeilijk te behandelen.
- **Obsessieve-compulsieve stoornis**: Dwanggedachten en/of dwanghandelingen die ernstig en tijdrovend zijn (meer dan één uur per dag) waardoor er een ernstig weerslag is op het normale dagelijkse functioneren.



## DEPRESSIE (Hoge Gezondheidsraad, 2014)

Het gaat hier om een stemmingsstoornis gaande van normale droefheid tot een ernstige depressie. Een ernstige depressie kenmerkt zich door een algemeen trieste stemming met verlies aan belangstelling en plezier in het leven. Het gaat gepaard met pessimistische- en zelfs zelfmoordgedachten. Vaak is er ook een gebrek aan energie en eetlust. Slaap- en concentratiestoornissen komen hierbij ook vaak voor.

## BIPOLAIRE STOORNIS (Domus Medica, 2016)

Bij de bipolaire stoornis wisselen depressieve periodes zich af met manische periodes. De manische periodes zijn gekenmerkt door een hoog energieniveau gepaard gaande met weinig behoefte aan slaap en een zeer hoog niveau van zelfvertrouwen en extraversie wat vaak leidt risicovol gedrag.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

Zoals eerder aangegeven in het hoofdstuk omtrent de Triage & Classificatie van psychische problemen, is het raadzaam dat de huisarts rekening houdt met de **comorbiditeit van psychische problemen**. Bijvoorbeeld, een depressie kan tevens gepaard gaan met een angststoornis, alsook schadelijk gebruik van alcohol- of drugs (Smolders et al., 2008; Hoge Gezondheidsraad, 2014). Daarnaast kunnen er ook zelfmoordgedachten zijn. Omwille van deze reden werd in de Applicatie ook een beslissingsboom opgenomen voor de inschatting van mogelijk schadelijk alcohol- en drugsgebruik, alsook voor de inschatting van een mogelijke **suicide-risico**.

Bij het gebruik van psychoactieve stoffen (alcohol, slaapmiddelen, kalmeermiddelen en illegale drugs) is het vooral van belang op te sporen of het om “**problematisch gebruik**” gaat (Domus Medica, 2011). Bij het inschatten van een mogelijk suicide-risico is het vooral van belang op te sporen of er concrete gedachten zijn en of er een persoonlijke of familiale voorgeschiedenis is (Chung Wai Mark et al. 2017; Domus Medica, 2016).

## PROBLEMATISCH ALCOHOLGEBRUIK (gebaseerd op Domus Medica, 2011, VAD, 2016)

We onderscheiden verschillende vormen van misbruik:

- ✓ **Acute alcoholintoxicatie:** dit is een voorbijgaande aandoening na inname van alcohol resulterend in stoornissen van bewustzijn, cognitie, perceptie en gedrag
- ✓ **Schadelijk alcoholgebruik:** alcoholconsumptie waarbij er schadelijke gevolgen zijn voor de gezondheid zowel op fysiek (vb. leverziekte) als mentaal vlak (vb. depressie). Het wordt ook vaak geassocieerd met gevolgen op sociaal vlak, i.e. familiale problemen en problemen op het werk).
- ✓ **Alcohol-afhankelijkheidssyndroom:** hier gaat het om een cluster van fysiologische, gedrags- en cognitieve verschijnselen waarbij het gebruik van alcohol een hogere prioriteit heeft voor het individu dan andere (belangrijke) zaken in het leven.
- ✓ **Alcohol-ontwenningstoestand:** dit verwijst naar een groep van symptomen die kunnen optreden bij het stoppen van alcoholconsumptie na langdurig gebruik.

## PROBLEMATISCH DRUGSGEBRUIK (gebaseerd op GGZ Standaarden, 2019)

We onderscheiden verschillende vormen van misbruik, i.e. acute sedatieve overdosis, acute stimulerende intoxicatie of overdosis, schadelijk of gevaarlijk drugsgebruik, cannabisverslaving, opioïde afhankelijkheid, stimulerende afhankelijkheid, benzodiazepineverslaving alsook de bijhorende ontwenningverschijnselen:

- ✓ **Schadelijk drugsmisbruik:** wanneer de drugsconsumptie schadelijk is voor de gezondheid zowel op fysiek (vb. infecties) als mentaal vlak (vb. depressie). Het wordt ook vaak geassocieerd met gevolgen op sociaal vlak, i.e. familiale en juridische en werkgerelateerde problemen).
- ✓ **Drugsverslaving:** hier gaat het om een cluster van fysiologische, gedrags- en cognitieve verschijnselen waarbij het gebruik van drugs een hogere prioriteit heeft voor het individu dan andere (belangrijke) zaken in het leven.
- ✓ **Drugs-ontwenningstoestand:** dit verwijst naar een groep van symptomen die kunnen optreden bij het stoppen van de drugs- of geneesmiddelenconsumptie na langdurig gebruik.

## SUÏCIDE-RISICO

(Domus Medica, 2016; Chung Wai Mark et al. 2017; Jordan et al. 2018; Teismann et al., 2018)

De huisarts moet bij psychische problemen steeds alert zijn voor mogelijke zelfmoordgedachten, aangezien deze gedachten kunnen leiden tot een zelfmoordplan of een zelfmoordpoging.

Psychische problemen en zelfmoord zijn vaak geassocieerd. Patiënten met zelfmoordgedachten hebben vaak volgende kenmerken:

- 1) Zich depressief voelen, gevoelens van hopeloosheid
- 2) Laag self-esteem
- 3) Piekeren
- 4) Slaapstoornissen

In deze applicatie presenteren we daarom ook een aparte boom voor de detectie van zelfmoordgedachten, alsook voor het inschatten van het acuut risico op zelfmoord.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

1. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Managing depression in primary care, *Singapore Medical Journal* (58-8), p. 459-466.
2. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Depression in primary care: assessing suicide risk, *Singapore Medical Journal* (58-2), p. 72-77.
3. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.
4. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
5. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Aemele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
6. Epel, E.S.; Crosswell, A.D.; Mayera, S.E.; Prathera, A.A.; Slavich, G.M.; Puterman, E. and Mendes, W.B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science, *Front Neuroendocrinol* (49), 146–169. doi:10.1016/j.yfrne.2018.03.001.
7. Ferguson, J.M. (2000). Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician, *Journal of Clinical Psychiatry* (2-5), p. 173-179.
8. GGZ Standaarden (2019). Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines, [https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_1c49777e-144e-4c39-8748-3a95e52417d4\\_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines\\_authorized-at\\_26-02-2018.pdf](https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_1c49777e-144e-4c39-8748-3a95e52417d4_stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines_authorized-at_26-02-2018.pdf)
9. Hoes, M.J.A.J.M. (1986). Stress and Strain, Their Definition, Psychobiology and Relationship to Psychosomatic Medicine; *Journal of Orthomolecular Medicine* (1 – 1), p. 30-38.
9. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
10. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
11. Jordan, P.; Shedden-Mora, M.C. and Löwe, B. (2018). Predicting suicidal ideation in primary care: An approach to identify easily assessable key variables, *General Hospital Psychiatry* (51), p. 106–111, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.02.002>.
12. Le Fevre, M.; Matheny, J. and Kolt, G.S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress, *Journal of Managerial Psychology* (18-7), p. 726-744.

## II. ACHTERGRONDINFORMATIE BESCHRIJVING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

### Referenties:

13. Smolders, M.; Laurant, M.; van Rijswijk, E.; Mulder, J.; Braspenning, J.; Verhaak, P.; Wensing, M. and Grol, R. (2009). Depressed and a co-morbid condition: More psychotropics prescribed! *The European Journal of General Practice* (14-1), p.10-18, <https://doi.org/10.1080/13814780701855724>.
14. Teismann, T.; Lukaschek, K.; Hiller, T.S.; Breitbart, J.; Brettschneider, C.; Schumacher, U.; Margraf, J.; Gensichen, J. and the Jena Paradies Study Group (2018). Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia, *BMC Psychiatry* (18-305) <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1894-5>.
15. VAD (2016). *Dossier Alcohol*. VAD, Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs, <https://www.vad.be/assets/dossier-alcohol>.

### III. BESLISSINGSBOMEN BIJ HET INSCHATTEN VAN STRESSGERELATEERDE PSYCHISCHE PROBLEMEN

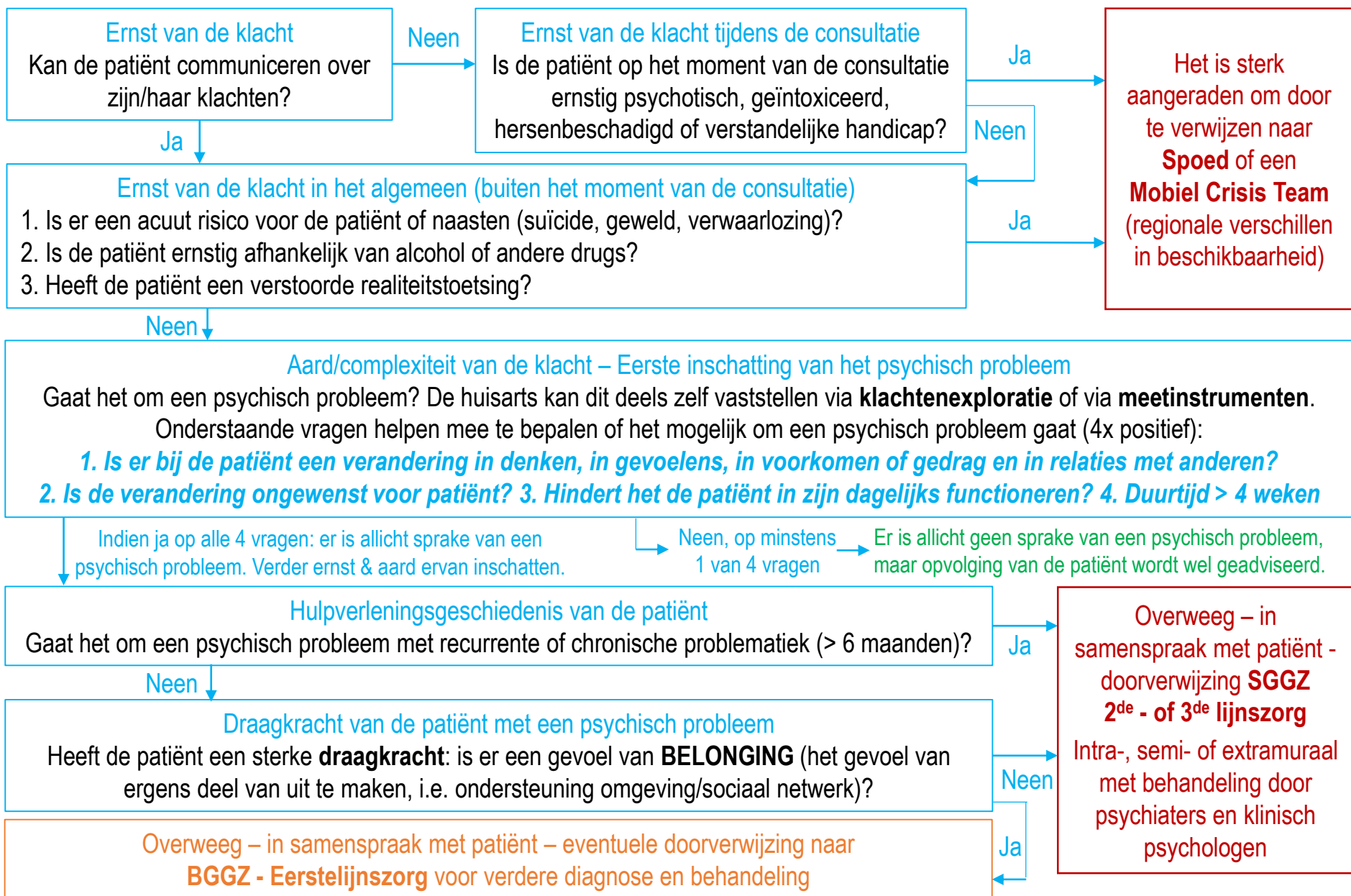
### III. BESLISSINGSBOMEN

In dit hoofdstuk tonen we een schematisch overzicht van de verschillende **modules** binnen de web- & mobiele Applicatie. **Nota:** De bomen worden hier **schematisch** voorgesteld en bevatten daardoor minder uitgebreide tekst en informatie dan in de Applicatie zelf. Hieronder tonen we nog het overzicht van de **structuur** in de Applicatie:

- **Triage van psychische stoornissen:** via deze module kan de huisarts het bestaan en de ernst van een psychisch probleem inschatten
- **Inschatting van Stress:** dit is de eerste module in het inschatten van de aard van het stressgerelateerde psychisch probleem. De huisarts begint steeds bij deze module om van daaruit verder geleid te worden naar andere modules voor het verder exploreren van de aard:
  - **Burn-Out:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan een Burn-Out
  - **Angst:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan Angst
  - **Depressie:** module waarbij men verder gaat inschatten of de stress gerelateerd is aan Depressie
  - **Bipolaire stoornis:** module waarbij men verder gaat uitsluiten of een mogelijke depressieve ook een Bipolaire stoornis kan zijn
- **Inschatting van gebruik van alcohol en drugs:** via deze module kan de huisarts mogelijk schadelijk gebruik van alcohol en drugs inschatten
- **Inschatting van suicide-risico:** via deze module kan de huisarts een mogelijk suicide-risico inschatten bij de patiënt



# TRIAGE VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN



## Type vragen ter ondersteuning van de Triage

(uit Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2017)

### **Inschatting van de ernst van de klachten in het algemeen:**

- ✓ Hoe functioneert de patiënt in het dagelijks leven? (vraag altijd naar duur/kwaliteit van slaap, eetlust en het functioneren op werk en thuis, als partner en/of ouder)
- ✓ Wat is de lijdensdruk?
- ✓ Is er vermijding (van de stressoren) vanwege de klachten?

### **Aard/complexiteit van de klacht inschatten:**

- ✓ Wat zijn de klachten?
- ✓ Wanneer en hoe zijn ze ontstaan?
- ✓ Welke factoren spelen mee bij het ontstaan en het blijven bestaan van de klachten?
- ✓ Welke factoren, gedrag of omstandigheden helpen om de klachten te verminderen?
- ✓ Welke factoren of omstandigheden zijn een bron van steun of positieve ervaring?
- ✓ Welke betekenis wordt er aan de klachten gegeven?
- ✓ Wat is er nodig om weer prettig te kunnen functioneren?

### **Hulpverleningsgeschiedenis van de patiënt:**

- ✓ Is er eerder sprake geweest van deze klachten? Zo ja, wat heeft toen geholpen om deze klachten te verminderen of op te lossen?
- ✓ Zijn er terugkerende perioden van klachten?

## Type vragen ter ondersteuning van de Triage

(uit Psychische klachten in de huisartsenpraktijk, Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2017)

### □ Draagkracht van de patiënt inschatten:

- ✓ Wat moet er voor de patiënt eerst veranderen?
- ✓ Heeft de patiënt zelf al acties ondernomen (zoals extra ontspanning, meer lichaamsbeweging, steun zoeken binnen eigen systeem (vrienden, familie, ...) en wat was het effect hiervan?
- ✓ Wenst de patiënt andere/extra ondersteuning en zo ja, welke ondersteuning?
- ✓ Inventariseer factoren die een verhoogde kans op stress geven:
  - (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.

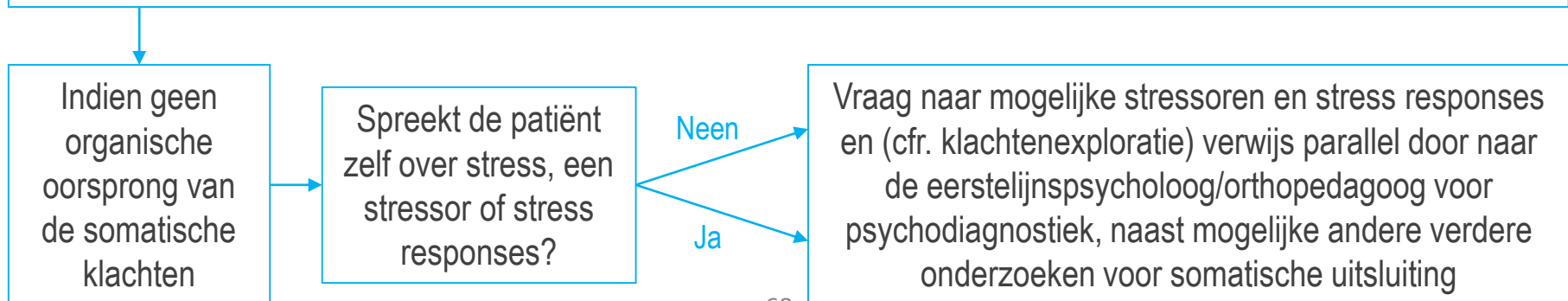
## Patiënt meldt zich met fysieke klachten

Sluit een organische oorsprong voor de fysieke klachten uit

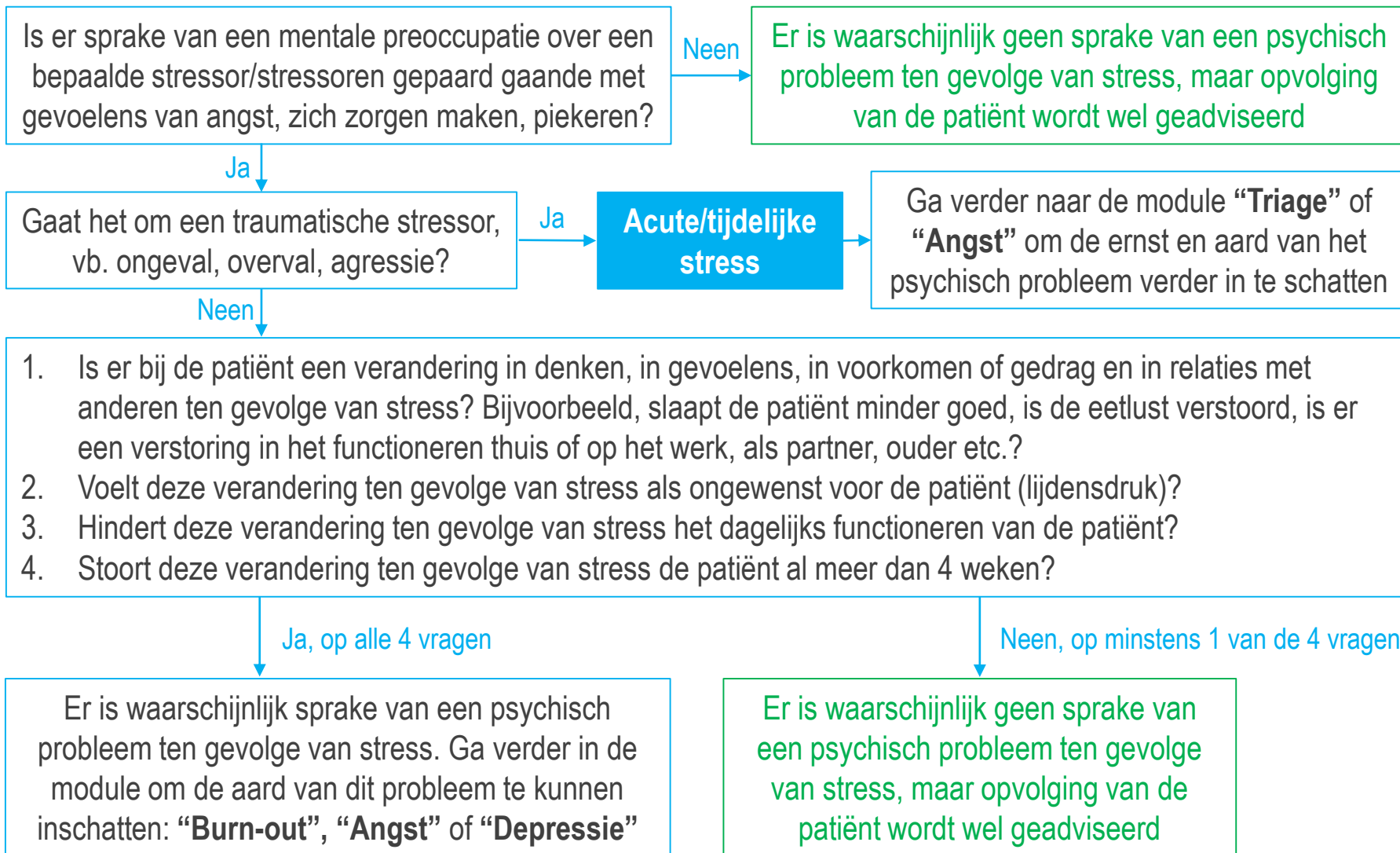
Typisch **functioneel somatische symptomen** bij distress, burn-out en depressie zijn  
(Guo et al., 2001; Adamsson & Bernhardsson, 2018):

- ✓ Algemeen: vermoeidheid, insomnia of hypersomnia
- ✓ Immuuniteitsproblemen: snel verkouden, koorts
- ✓ Neurologisch: hoofdpijn, duizeligheid, concentratieproblemen
- ✓ Visueel: troebel zicht
- ✓ Neus, keel en oor: tinnitus (oorsuizen), dysfagie (slikproblemen)
- ✓ Ademhaling: kortademig, hoesten
- ✓ Cardiovasculair: hartkloppingen, hoge bloeddruk, pijn in de borst
- ✓ Gastro-intestinaal: geen eetlust, gewichtsverlies, misselijkheid, buikpijn, diarree, constipatie
- ✓ Musculoskeletaal: rugpijn, pijn en/of een verdoofd gevoel in de spieren en gewrichten

Vaak is er  
co-morbiditeit  
van deze  
somatische  
symptomen



# INSCHATTING VAN STRESS



## Controleer de patiënt op de 4 kernsymptomen van "Burn-out":

1. **Uitputting:** Is er sprake van een ernstig verlies aan fysieke en mentale energie sinds > 2 weken?
2. **Emotioneel controleverlies:** heeft de patiënt heftige emotionele reacties zoals woede en huilbuien?
3. **Cognitief controleverlies:** heeft de patiënt geheugenproblemen, aandachts- en concentratiestoornissen, prestatieproblemen?
4. **Mentale distantie:** heeft de patiënt een onverschillige en cynische attitude?

Ja, op alle 4 vragen ↓

Neen, op minstens 1 van de 4 vragen ↓

## Controleer de patiënt op secundaire symptomen:

- ✓ Is de patiënt duidelijk gehinderd om te functioneren in het dagelijks leven?
- ✓ Heeft de patiënt een laag zelfbeeld, gevoelens van incompetentie, onbekwaamheid?

Neen ↓

Is de toestand van de patiënt het gevolg van het gebruik van psychoactieve stoffen?

Ja →

Ga naar de module "**Gebruik alcohol of psychoactieve stoffen**"

Ja ↓

Ga verder naar de module "**Angst**" of "**Depressie**" om de aard van het psychisch probleem verder in te schatten

Neen ↓

**Stressor = Werk**  
Professionele  
Burn-out

**Stressor = Gezin**  
Parental  
Burn-out

Neen ←

## Controleer op transdiagnose "**Depressie**"

- Is de patiënt tijdens de afgelopen 2 weken in het dagelijks leven frequent gehinderd geweest door:
- ✓ depressieve gevoelens of hopeloosheid?
  - ✓ weinig interesse/plezier in de dingen die hij deed?

Ja ↓

Ga verder naar de module "**Depressie**" of "**Angst**" om de aard van het psychisch probleem verder in te schatten

Overweeg – in samenspraak met patiënt – eventuele doorverwijzing naar **BGGZ – Eerstelijnszorg** voor verdere diagnose en behandeling

# INSCHATTING VAN DEPRESSIE

## Controleer de patiënt op “Depressie”

Is de patiënt tijdens de afgelopen 4 weken in het dagelijks leven frequent gehinderd geweest door:

- ✓ depressieve gevoelens of hopeloosheid?
- ✓ weinig interesse/plezier in de dingen die hij deed?

Ja op beide vragen

Is de toestand van de patiënt het gevolg van het gebruik van psychoactieve stoffen (alcohol, drugs, medicijnen)?

Neen

Is er sprake van waanideeën of hallucinaties bij de patiënt (afleiden tijdens consult)?

Neen

Heeft de patiënt ook last van manische periodes, o.a. extreme uitgelatenheid, grootsheidswaan, roekeloos gedrag, praatgraag, irritatie, weinig slaap nodig?

Neen

Is er een acuut suïciderisico voor de patiënt?

Er is waarschijnlijk sprake van een depressie: ernst verder inschatten via DSM-5 (zie volgende pagina's) of overweeg – in samenspraak met patiënt – om door te verwijzen naar **BGGZ - Eerstelijnszorg**.

Neen

Ga verder naar de module “**Angst**” of “**Burn-out**” om de aard van het psychisch probleem verder in te schatten of verwijst eventueel door naar BGGZ

Ja op 1 vraag

Controleer voor risicogroep (zie volgende pagina)

Neen

Ja, patiënt behoort tot risicogroep

Ja

Ga naar de module “**Gebruik alcohol of psychoactieve stoffen**”

Ja

Mogelijk “**Psychotische stoornis**”  
Ga verder naar **TRIAGE** om de ernst vast te stellen

Ja

Ga naar de module “**Bipolaire stoornis**” om de aard verder in te schatten

Ja

Er is waarschijnlijk sprake van een depressie, met suicide-risico. Het is sterk aangeraden om door te verwijzen naar **Speed** of een **Mobiel Crisis Team**

## Zijn er bijkomende risico's die de kans op een depressie verhogen?

(13 risicogroepen volgens Christensen et al., 2011)

1. Is er een historiek van depressie bij de patiënt?
2. Is er een erfelijke factor, depressie in de familie?
3. Heeft de patiënt een hartziekte?
4. Heeft de patiënt eerder een beroerte gehad?
5. Heeft de patiënt chronische pijn?
6. Heeft de patiënt diabetes?
7. Heeft de patiënt een chronische longziekte?
8. Heeft de patiënt kanker?
9. Heeft de patiënt Parkinson?
10. Heeft de patiënt epilepsie?
11. Heeft de patiënt nog een andere psychische stoornis?
12. Is de patiënt zwanger of recent zwanger geweest?
13. Is de patiënt vluchteling/migrant?



## DSM-5-criteria voor de diagnose van depressie:

Vijf of meer van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier. Geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening:

1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bv. zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bv. tranen in de ogen).
2. Duidelijk verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, en dit bijna elke dag, zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen.
3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bv. meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
4. Insomnia of hypersomnia, bijna iedere dag.
5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna iedere dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).
9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen.
10. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
11. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of een andere somatische aandoening.

## Controleer de patiënt, naast depressie, op de 7 kernsymptomen van “Bipolaire stoornis” (minstens 3):

1. Heeft de patiënt weinig behoefte aan slaap, vb. hij slaapt slechts enkele uren en bruist toch van energie?
2. Heeft de patiënt het gevoel boordevol ideeën te zitten?
3. Heeft de patiënt de neiging om constant te willen praten, waarbij het moeilijk is de patiënt te onderbreken, waarbij de patiënt ook de neiging heeft om onaangepaste grapjes te maken?
4. Heeft de patiënt grootheidswaanzin, extreem veel zelfvertrouwen?
5. Heeft de patiënt recent risicovol gedrag vertoont met kans op of effectieve schade, vb. schulden gemaakt?
6. Is de patiënt extreem gefocust op één of meerdere bepaalde doelen, multitasking?
7. Is de patiënt sterk verstrooid, vb. verschillende taken worden gestart maar niet afgerond?

Ja, op minstens 3 van alle bovenstaande vragen

## Bijkomende risico-inschatting voor diagnose Bipolaire stoornis

- ✓ Zijn er nog familieleden met dezelfde symptomen?
- ✓ Heeft de patiënt regelmatig extreme ups & downs in zijn humeur en energieniveau?
- ✓ Voelt de patiënt zich regelmatig “hyper” of geïrriteerd (soms zelfs vijandig) waarbij het moeilijk is om verschillende gedachten te onderdrukken?

Ja, op minstens één van 3 bovenstaande vragen

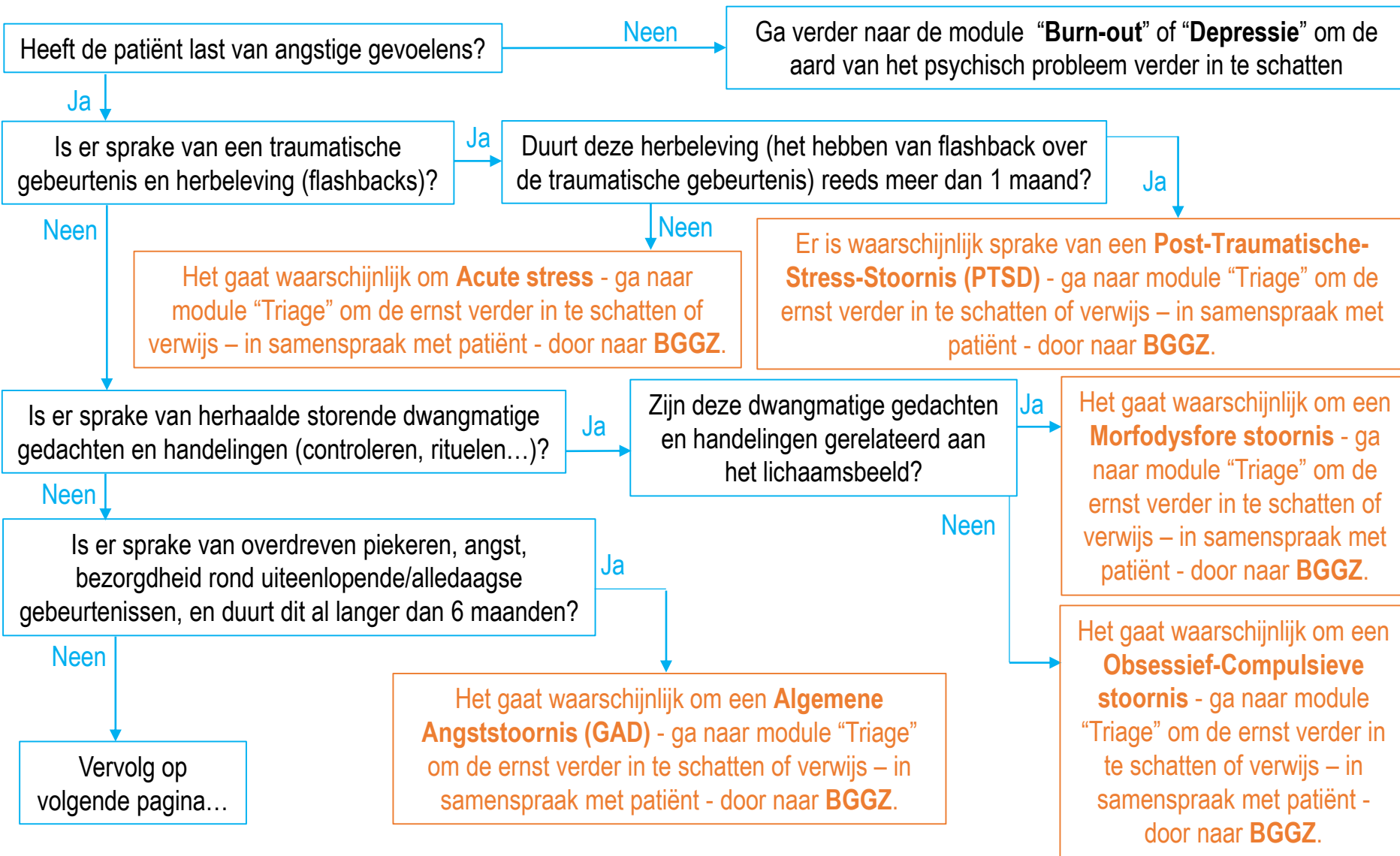
### Vermoeden van Bipolaire stoornis

Overweeg - in samenspraak met de patiënt - om door te verwijzen naar BGGZ voor verdere psychodiagnostiek of doorverwijzing naar SGGZ (tweede- of derdelijnszorg). Het is sterk aangeraden om door te verwijzen naar **Speed** of een **Mobiel Crisis Team bij een suicide-risico**

Neen

Er is waarschijnlijk geen sprake van een bipolaire stoornis, maar mogelijk wel een andere psychische stoornis. Ga verder naar de module “Angst” of “Depressie” om de aard van het psychisch probleem verder in te schatten of verwijs – in samenspraak met patiënt - door naar **BGGZ**

# INSCHATTING VAN ANGST (1)



## INSCHATTING VAN ANGST (2)



## Inschatting op een mogelijke noodsituatie:

### Is de patiënt op het moment van consultatie (ernstig) geïntoxiceerd:

- Duidelijke alcoholgeur
- Verstoorde realiteitszin
- Onduidelijke spraak
- Ongeremd gedrag

↓ Neen

### Vertoont de patiënt ontwenningssverschijnselen tijdens consultatie:

- ✓ Bevende handen
- ✓ Zweten
- ✓ Overgeven
- ✓ Verhoogde pols en bloeddruk
- ✓ Onrustig gedrag

↓ Neen

## Schat het risico in van mogelijk alcoholmisbruik (Deel 1 AUDIT):

Antwoord "JA" indien de patiënt minstens 1 keer "JA" op de 3 onderstaande vragen antwoordt.

Stel de volgende 3 vragen aan de patiënt:

1. Gebruikte je 6 of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?
2. Drink je meer dan 2 glazen alcohol per dag?
3. Drink je iedere dag van de week een alcoholhoudende drank?

↓ Neen

Er is waarschijnlijk geen sprake van een riskant of schadelijk alcoholmisbruik. Opvolging van de patiënt omtrent mogelijk (toekomstig) alcoholmisbruik wordt wel aangeraden wanneer er een vermoeden is van een psychisch probleem.

Ja

Zorg voor directe opvolging en behandeling van de patiënt. Het is aangeraden om verder vast te stellen wat de ERNST van dit probleem is via de module "Triage" om eventueel doorverwijzing naar Spoed te overwegen.

Ja

Onderzoek de patiënt op een mogelijke medische oorzaak. Ga ook verder met de risico-inschatting van mogelijk alcoholmisbruik.

Ja

Vervolg op volgende pagina...

## Schat het risico in van mogelijk alcoholmisbruik (Deel 1 AUDIT):

Antwoord "JA" indien de patiënt minstens 1 keer "JA" op de 3 onderstaande vragen antwoordt.

Stel de volgende 3 vragen aan de patiënt:

1. Gebruikte je 6 of meer glazen alcoholhoudende drank tijdens een bepaalde gelegenheid in het afgelopen jaar?
2. Drink je meer dan 2 glazen alcohol per dag?
3. Drink je iedere dag van de week een alcoholhoudende drank?

↓ Ja

## Schat het risico in van mogelijk alcoholmisbruik (Deel 2 AUDIT):

Er is mogelijk een riskant of schadelijk gebruik van alcohol. Het is aangeraden om verder te gaan met de volledige afname van de **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test). Dit kan online via [www.me-assist.com](http://www.me-assist.com) of de vragenlijst kan ook face-to-face afgenomen worden via de Vragenlijst AUDIT beschikbaar in de applicatie.

De interpretatie van de scores van de **AUDIT** worden hieronder weergegeven:

- ✓ Score van 0-6 voor vrouwen en 65+ jaar en een score van 0-7 voor mannen jonger dan 65 jaar:  
Aanvaardbaar alcoholgebruik, geen verder advies nodig
- ✓ Score van 7-19 voor vrouwen en 65+ jaar en een score van 8-19 voor mannen jonger dan 65 jaar:  
Problematisch alcoholgebruik, geef kort advies of stel een kortdurende interventie voor.
- ✓ Score vanaf 20: Alcoholafhankelijkheid, verwijs door naar gespecialiseerde hulpverlening.

## Inschatting op een mogelijke noodsituatie: Heeft de patiënt op het moment van consultatie een overdosis? :

Controleer de volgende symptomen. Antwoord "JA" indien "JA" op de 3 onderstaande vragen:

1. Is de patiënt niet of minimaal responsief?
2. Ademt de patiënt erg traag?
3. Zijn de pupillen van de patiënt verwijd of vernauwd?

Neen

Ja

Zorg voor directe opvolging en behandeling van de patiënt. Het is aangeraden om verder vast te stellen wat de ERNST van dit probleem is via de module "Triage" om eventueel doorverwijzing naar Spoed te overwegen.

## Is de patiënt op het moment van consultatie onder invloed van drugs:

- ✓ Zijn de pupillen van de patiënt verwijd of vernauwd?
- ✓ Heeft de patiënt een verstoorde realiteitszin?
- ✓ Heeft de patiënt een verhoogde pols- en bloeddruk?
- ✓ Vertoont de patiënt agressief gedrag?

Neen

Ja

Zorg voor directe opvolging en behandeling van de patiënt. Ga ook verder met de risico-inschatting van mogelijk drugsmisbruik.

## Schat het risico in van mogelijk drugsmisbruik:

Vraag aan de patiënt: "Heeft u in de afgelopen 12 maanden drugs of geneesmiddelen gebruikt?"  
Antwoord "JA" indien de patiënt minstens 1 van de onderstaande drugs of type geneesmiddelen gebruikt heeft.

- Drugs: Cannabis, Cocaïne, Amfetamines, MDMA (XTC) of andere illegale drugs
- Geneesmiddelen: slaap- & kalmeringsmiddelen of antidepressiva, pijnmedicatie, stimulerende medicatie

Neen

Er is waarschijnlijk geen sprake van een riskant of schadelijk drugsgebruik. Opvolging van de patiënt omtrent mogelijk (toekomstig) drugsmisbruik wordt wel aangeraden wanneer er een vermoeden is van een psychisch probleem.

Ja

Vervolg op volgende pagina...

## Schat het risico in van mogelijk drugsmisbruik:

Er is een mogelijk een riskant of schadelijk gebruik van drugs of bepaalde geneesmiddelen. Het is aangeraden om verder te gaan met de afname van de **ASSIST** voor volwassenen (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) of de **CRAFFT** voor jongeren van 12 tot 18 jaar (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble).

Dit kan online via <https://www.me-assist.com> of de vragenlijst kan ook face-to-face afgenomen worden via de Vragenlijst **ASSIST** of de Vragenlijst **CRAFFT** beschikbaar in de applicatie.

De interpretatie van de scores van de **ASSIST** en **CRAFFT** worden hieronder weergegeven:

### **ASSIST:**

- ✓ Score van 0-6: Laag risico op drugs- of geneesmiddelenmisbruik - geef kort advies over gezondheidsrisico's, interventie is niet nodig.
- ✓ Score van 4-26: Verhoogd risico drugs- of geneesmiddelenmisbruik - stel een kortdurende interventie voor.
- ✓ Score vanaf 27: Hoog risico drugs- of geneesmiddelenmisbruik - stel een meer intensieve behandeling voor of overweeg om door te verwijzen naar gespecialiseerde hulpverlening.

### **CRAFFT:**

- ✓ Score geeft een inschatting op de kans van een stoornis - instructies over hoe de resultaten te interpreteren en bespreken worden in de vragenlijst getoond.



## Hoe mogelijke zelfmoordgedachten bij een depressieve patiënt exploreren?

Gebaseerd op Domus Medica, 2016; Chung Wai Mark et al. 2017



### III. BESLISSINGSBOMEN

#### Referenties:

1. Abdul Pari A.A.; Simon J.; Wolstenholme J.; Geddes J.R.; Goodwin G.M. (2014). Economic evaluations in bipolar disorder: a systematic review and critical appraisal. *Bipolar Disorders* (16), p. 557–582.
2. Adamsson, A. and Bernhardsson, S. (2018). Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care, *BMC Family Practice*, (19) 172 <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0858-7>.
3. Aznar-Lou, I.; Iglesias-González, M.; Rubio-Valera, M.; Penarrubia-Maria, M.T.; Mendive, J.M.; Murrugarra-Centurion, A.G.; Gil-Girbau, M.; González-Suner, L.; Peuters, C. and Serrano-Blanco, A. (2018). Diagnostic accuracy and treatment approach to depression in primary care: predictive factors, *Family Practice* (36-1) p. 3–11, doi:10.1093/fampra/cmy098.
4. Barlow, D.H. and Kennedy, K.A. (2016). New Approaches to Diagnosis and Treatment in Anxiety and Related Emotional Disorders: A Focus on Temperament, *Canadian Psychology* (57-1), p. 8-20, <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000039>.
5. Batelaan, N.M.; Smit, J.H.; Cuijpers, P.; van Marwijk, H.W.J.; Terluin, B. and van Balkom, A.J.L.M. (2012). Prevention of anxiety disorders in primary care: A feasibility study, *BMC Psychiatry* (12-206), <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/206>.
6. Bianchi, R.; Schonfeld, I.S. and Laurent, E. (2014). Is Burnout a Depressive Disorder? A Reexamination With Special Focus on Atypical Depression, *International Journal of Stress Management* (21-4), p. 307-324
7. Bianchi, R.; Schonfeld, I.S. and Laurent, E. (2019). Burnout: Moving beyond the status quo, *International Journal of Stress Management* (26-1) p. 36-45).
8. Boness, C. L., Stevens, J. E., Steinley, D., Trull, T., & Sher, K. J. (2018). Deriving Alternative Criteria Sets for Alcohol Use Disorders Using Statistical Optimization: Results from the National Survey on Drug Use and Health, *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, <http://dx.doi.org/10.1037/pha0000249>
9. Boomsma, L.; Drost, B.; Larsen, I.; Luijkx, H.; Meerkerk, G.J.; Valken, N.; Verduijn, M.; Burgers, J.; van der Weele, G. and Sijbom, M. (2014). NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). *Huisarts Wet* (57-12), p. 638-646.
10. Bowins, B. (2014). Depression: Discrete or Continuous? *Psychopathology*, DOI: 10.1159/000366504.
11. Cameron, I.M.; Lawton, K. and Reid, I.C. (2011). Recognition and subsequent treatment of patients with sub-threshold symptoms of depression in primary care, *Journal of Affective Disorders* (13), p. 99-105.
12. Christensen, K.S.; Sokolowski, I. and Olesen, F. (2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (29-2), p. 80-84, <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.554009>.
13. Christensen, K.S.; Oernboel, E.; Nielsen, M.G. and Bech, P. (2019). Diagnosing depression in primary care: a Rasch analysis of the major depression inventory, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1568703>.
14. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2016). Major depression in primary care: making the diagnosis, *Singapore Medical Journal* (57-11), p. 591-597.

### III. BESLISSINGSBOMEN

#### Referenties:

15. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Managing depression in primary care, *Singapore Medical Journal* (58-8), p. 459-466.
16. Chung Wai Mark, Choon How How and Yin Ping (2017). Depression in primary care: assessing suicide risk, *Singapore Medical Journal* (58-2), p. 72-77.
17. Clarke, D.M.; Cook, K.; Graeme, C.S. and Piterman, L. (2008). What do general practitioners think depression is? A taxonomy of distress and depression for general practice, *Medical Journal of Australia* (188-12), p. S110 – S113.
18. Curth, N.K.; Brick-Claussen, U.O.; Davidsen, A.S.; Engelbrecht Lau, M.; Lundsteen, M.; Csillag, C.; Hjorthoj, C.; Nordentoft, M. and Eplöv, L.F. (2017). Collaborative care for panic disorder, generalised anxiety disorder and social phobia in general practice: study protocol for three cluster-randomised, superiority trials, *Trials* (18-382), DOI 10.1186/s13063-017-2120-3.
19. Danhof-Pont, M.B.; van Veen, T. and Zitman, F.G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review, *Journal of Psychosomatic Research* (70), p. 505 – 524.
20. Desart, S.; Schaufeli, W.B. and De Witte, H. (2017). Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out, *Tijdschrift van het Steunpunt Werk* (1) p. 86-92.
21. Dietch, D. (2015). Recognising Bipolar Disorders in Primary Care, *Psychiatria Danubina* (27-1) p. 188-194.
22. Domus Medica (2009). Chevalier, P.; Debauche, M.; Dereau, P.; Duray, D.; Gailly, J.; Paulus, D. and Vanhalewyn, M. (2009). *Geneesmiddelenverslaving*. Domus Medica VZW.
23. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
24. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Aemele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
25. Engebretsen, K.M. (2018). Suffering without a medical diagnosis. A critical view on the biomedical attitudes towards persons suffering from burnout and the implications for medical care, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* (24) p. 1150-1157
26. Epel, E.S.; Crosswell, A.D.; Mayera, S.E.; Prathera, A.A.; Slavich, G.M.; Puterman, E. and Mendes, W.B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science, *Front Neuroendocrinol* (49), 146–169, doi:10.1016/j.yfrne.2018.03.001
27. Ferguson, J.M. (2000). Depression: Diagnosis and Management for the Primary Care Physician, *Journal of Clinical Psychiatry* (2-5), p. 173-179.
28. Fernández, A.; Rubio-Valera, M.; Bellón, J.A.; Pinto-Meza, A.; Vicente Luciano, J.; Mendive, J.M.; Maria Haro, J.; Palao, D.J. and Serrano-Blanco, A. (2012). Recognition of anxiety disorders by the general practitioner: results from the DASMAPP Study, *General Hospital Psychiatry* (34), p. 227 – 233.
29. Gerrits, M.M.J.G.; van Marwijk, H.W.J.; van Oppen, P.; van der Horst, H.E. and Penninx, B.W.J.H. (2013). The role of somatic health problems in the recognition of depressive and anxiety disorders by general practitioners, in: *Journal of Affective Disorders* (151-3), p. 1025-1032.

### III. BESLISSINGSBOMEN

#### Referenties:

30. Goetter, E. M.; Frumkin, M. R.; Palitz, S. A.; Swee, M. B.; Baker, A. W.; Bui, E.; & Simon, N. M. (2018). Barriers to Mental Health Treatment Among Individuals With Social Anxiety Disorder and Generalized Anxiety Disorder. *Psychological Services*, <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000254>.
31. Guo, Y.G., Kuroki, T., Koizumi, S. (2001). Abnormal illness behavior of patients with functional somatic symptoms: relation to psychiatric disorders, *General Hospital Psychiatry* (23), p. 223-229.
32. Helmgren, K.; Sandheimer, C.; Mardby, A.-C.; Larsson, M.E.H.; Bültmann, U.; Hange, D. and Hensing, G. (2016). Early identification in primary health care of people at risk for sick leave due to workrelated stress – study protocol of a randomized controlled trial (RCT), *BMC Public Health*, 16:1193 DOI 10.1186/s12889-016-3852-9.
33. Hoes, M. (1986). Stress and Strain, their definition, Psychobiology and Relationship to Psychosomatic Medicine, *Journal of Orthomolecular Medicine* (1 – 1), p. 30-38.
34. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
35. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
36. Jordan, P.; Shedden-Mora, M.C. and Löwe, B. (2018). Predicting suicidal ideation in primary care: An approach to identify easily assessable key variables, *General Hospital Psychiatry* (51), p. 106–111, <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.02.002>.
37. Kakiashvili, T.; Leszek, J. and Rutkowski, K. (2013). The medical perspective on burnout, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* (3) p. 401 – 412.
38. Kartal, M. (2011). Challenges and Opportunities in Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care, in: *Anxiety and Related Disorders*, Chapter 4, p. 71-86.
39. KCE (2014). The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression, *KCE Report 230*.
40. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E. & Zaslavsky, A.M. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, (32), p. 959-956.
41. Lang, P.J.; McTeague, L.M. and Bradley, M.M. (2017). The Psychophysiology of Anxiety and Mood Disorders. The RDoC Challenge, *Zeitschrift für Psychologie* (225-3), p. 175–188, <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000302>.

### III. BESLISSINGSBOMEN

#### Referenties:

42. Maercker, A. and Lorenz, L. (2018). Adjustment disorder diagnosis: Improving clinical utility, *The World Journal of Biological Psychiatry*, <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1449967>.
43. Maremmani, A.G.I.; Maiello, M.; Glauco Carbone, M.; Pallucchini, A.; Brizzi, F.; Belcari, I.; Conversano, C.; Perugi, G. and Maremmani, I. (2018). Towards a psychopathology specific to Substance Use Disorder: Should emotional responses to life events be included? *Comprehensive Psychiatry* (80) p. 132–139, <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.001>.
44. Mitchell, A.J.; Rao, S. and Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? *Journal of Affective Disorders* (130), p. 26-36.
45. Mikolajczak, M. and Roskam, I. (2018). A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR2), *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00886>
46. Möbius, D. (2012). *Achtergrondossier alcoholinterventie op spoeddiensten*. Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw.
47. Muntingh, A.; van der Feltz-Cornelis, C.; van Marwijk, H.; Spinghoven, P.; Addendelft, W.; de Waal, M.; Adèr, H. and van Balkom, A. (2014). Effectiveness of Collaborative Stepped Care for Anxiety Disorders in Primary Care: A Pragmatic Cluster Randomised Controlled Trial, *Psychother Psychosom* (83), p. 37-44, DOI: 10.1159/000353682.
48. Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). Generieke Module Psychische klachten in de huisartsenpraktijk. [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)
49. Parker, A.J.R.; Marshall, E.J. and Ball, D.M. (2008). Diagnosis and management of alcohol use disorders, *Clinical Review* (336), p. 496-501, doi:10.1136/bmj.39483.457708.80
50. Piek, E.; Nolen, W.A.; van der Meer, K.; Joling, K.J.; Kollen, B.J.; Penninx, B.W.J.H.; van Marwijk, H.W.J. and van Hout, H.P.J. (2012). Determinants of (non-) recognition of depression by general practitioners: Results of the Netherlands study of depression and anxiety, *Journal of Affective Disorders* (138), p. 397-404.
51. Quilty, L.C.; Pelletier, M.; DeYoung, C.G. and Bagby, R.M. (2012). Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders, *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.012>.
52. Richter, J.; Pittig, A.; Hollandt, M. and Lueken, U. (2017). Bridging the Gaps Between Basic Science and Cognitive-Behavioral Treatments, *Zeitschrift für Psychologie* (225-3), p. 252-267, <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000309>.
53. Rosellini, A.J. and Brown, T.A. (2014). Initial Interpretation and Evaluation of a Profile-Based Classification System for the Anxiety and Mood Disorders: Incremental Validity Compared to DSM–IV Categories, *Psychological Assessment* (26-4) p. 1212–1224, <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000023>.
54. Ruiz-Rodríguez, P.; Cano-Vindel, A.; Muñoz-Navarro, R.; Wood, C.M.; Medrano, L.A.; Moretti, L.S. and PsicAP Research Group (2018). Cost-Effectiveness and Cost-Utility Analysis of the Treatment of Emotional Disorders in Primary Care: PsicAP Clinical Trial. Description of the Sub-study Design, *Frontiers in Psychology* (9-281) doi: 10.3389/fpsyg.2018.00281.

### III. BESLISSINGSBOMEN

#### Referenties:

55. Sansone, R.A. and Sansone, L.A. (2011). Managing Bipolar Disorder in the Primary Care Setting: A Perspective for Mental Health Professionals, *Innovations in Clinical Neuroscience* (8-10), p. 10-13.
56. Sinnema, H.; Franx, G.; Spijker, J.; Ruiters, M.; van Haastrecht, H.; Verhaak, P. and Nuyen, J. (2013). Delivering stepped care for depression in general practice: Results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands, *The European Journal of General Practice*, (19)4, p. 221-229, DOI: 10.3109/13814788.2013.780018
57. Smolders, M.; Laurant, M.; van Rijswijk, E.; Mulder, J.; Braspenning, J.; Verhaak, P.; Wensing, M. and Grol, R. (2009). Depressed and a co-morbid condition: More psychotropics prescribed! *The European Journal of General Practice* (14-1), p.10-18, <https://doi.org/10.1080/13814780701855724>.
58. Teismann, T.; Lukaschek, K.; Hiller, T.S.; Breitbart, J.; Brettschneider, C.; Schumacher, U.; Margraf, J.; Gensichen, J. and the Jena Paradies Study Group (2018). Suicidal ideation in primary care patients suffering from panic disorder with or without agoraphobia, *BMC Psychiatry* (18-305) <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1894-5>.
59. Ter Meulen, W.G.; Visser, H.M.; Elders, P.J.M. and Kupka, R.W. (2016). De huisarts als primaire behandelaar van patiënten met een bipolaire stoornis: een exploratief onderzoek, *Tijdschrift voor Psychiatrie* (58-3), p. 190-197.
60. Traunmüller, C.; Gaisbachgrabner, K.; Lackner, H.K. and Schwerdtfeger, A.R. (2016). Burnout of the Mind – Burnout of the Body? *Journal of Psychophysiology* (32-1), p. 30–42.
61. Van Boven, K.; Lucassen, P.; van Ravesteijn, H.; olde Hartman, T.; Bor, H.; van Weel-Baumgarten, E. and van Weel, C. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network, *British Journal of General Practice*, e317.
62. Van Dam, A. (2016). Subgroup Analysis in Burnout: Relations Between Fatigue, Anxiety and Depression, *Frontiers in Psychology*, doi:10.3389/fpsyg.2016.00090
63. Walters, K.; Buszewicz, M.; Scott, W. and King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care, *The British Journal of Psychiatry* (198), p. 472-478.
64. Walters K.; Rait, G.; Griffin, M.; Buszewicz, M. and Nazareth, I. (2012). Recent Trends in the Incidence of Anxiety Diagnoses and Symptoms in Primary Care, *Plos One* (7-8) e41670. doi:10.1371/journal.pone.0041670.
65. Wolf, A.W.; Schubert, D.S.P.; Patterson, M.B.; Grande, T.P.; Brocco, K.J. and Pendleton, L. (1988). Associations among major psychiatric diagnoses, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (56-2), p. 292-294.



## IV. LEIDRAAD VOOR MOGELIJKE BEHANDELING VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN

## IV. LEIDRAAD BEHANDELING

Zoals in het eerste hoofdstuk vermeld werd, bereikt de reguliere hulpverlening een grote groep personen met een psychisch probleem nog steeds niet en veel mensen zetten pas in een vergevorderd stadium de stap naar de hulpverlening. In tussentijd neemt men heel wat medicatie - al dan niet vrij verkrijgbaar - ondanks de aanwezigheid van evidence-based psychosociale interventies. Het stigma dat nog steeds kleeft aan psychische aandoeningen alsook kennisachterstand van effectieve behandelingen zijn mede oorzaak van de nalatigheid waarom psychische problemen onbehandeld blijven. Dit brengt een enorme kost met zich mee voor de maatschappij, uitgedrukt in aantal ziektedagen en ziekte-uitkeringen (Meijer et al., 2006; Layard et al., 2018).

Hoewel het niet de doelstelling is van deze Applicatie, geven we in dit hoofdstuk enkele richtlijnen mee voor de behandeling van de psychische problemen die in de Applicatie aan bod komen. We hanteren daarbij het stepped care-principe (i.e. getrapte zorg) waarbij gestart wordt: beginnen met de minst intensieve behandeling (Meijer & Verhaak, 2004; Meijer et al., 2006; Sikorski et al., 2012; NHG, 2016; Layard et al., 2018). Medicatieschema's komen in dit handboek ook niet aan bod.



## BGGZ (Basis Geestelijke Gezondheidszorg) - Eerstelijnszorg

### ✓ Kenmerken:

- ✓ Generalistische basis zorgverlening
- ✓ Laagdrempelige toegang, buurtzorg
- ✓ Ambulant, patiënt in eigen omgeving

### ✓ Mogelijke hulpverleners:

- ✓ Huisarts
- ✓ Eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog
- ✓ Maatschappelijk werker

### ✓ Eerste lijnszorg bij psychische problemen door de huisarts

- Bij vermoeden van een psychisch probleem, overweegt de huisarts om in samenspraak met de patiënt deze door te verwijzen naar de **eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog** voor verdere diagnose en/of een **psychologische interventie** via een kortdurende behandeling.
- **Parallel** kan de huisarts ook behandelen en heeft hij/zij de keuze uit de volgende interventies:
  1. **Voorlichting**: informatie geven over de aard van het psychisch probleem en praktische zaken aanreiken die het herstel kunnen bevorderen zoals een gestructureerde dagindeling, zelfzorg (i.e. lichaamshygiëne, lichaamsbeweging, voldoende slaap, gezonde voeding etc.), ondersteuning door naasten, eventueel ook **eHealth** en **mHealth**
  2. **Begeleiding**: de huisarts onderhoudt ondersteunende contacten (opvolg consulten) met de patiënt en leert deze concrete en dagelijkse doelen voor zichzelf te stellen in de verschillende sociale rollen (gezin, vrienden, werkvloer etc.)
  3. **Farmacologische behandeling**: afhankelijk van de lijdensdruk en wens van de patiënt. Dit type interventie wordt ideaal pas ingezet indien alle voorgaande interventies geen oplossing bieden voor de psychische problematiek van de patiënt.

## “Burn-Out”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel gebruik van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Raadpleeg de **NICE-richtlijnen** of het **advies van de Hoge Gezondheidsraad (2017) omtrent Burn-out en werk**, om te bepalen welke behandeling het meest aangewezen is
- Adviseer **algemene maatregelen** aan de patiënt
  - Goede slaaphygiëne, gezonde voeding, sporten of voldoende lichaamsbeweging, yoga, massages...
  - Controleer extra voor eventueel (over)matig alcoholgebruik en geef uitleg dat dit geen oplossing voor de stress-ervaring of eventueel sombere stemming is. Verwijs terug naar de gezonde levensstijl.
  - Adviseer rond opzoeken van sociale steun in familie- en /of vriendenkring. Indien het om een kwetsbaar persoon gaat met sociale isolatie: bekijk de opties voor sociale integratie.
- Bij **Burn-out**: bespreek met de patiënt of het nodig is dat deze **stopt met werken** gedurende 2 à 3 maanden
- Bespreek een mogelijke **psychotherapeutische begeleiding** voor de patiënt. Welke wens heeft de patiënt? Ideaal wordt de patiënt doorverwezen naar een coach of eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog voor face-to-face begeleiding aangezien het welzijn van de patiënt serieus verstoord is en deze verder kan escaleren naar andere psychische problemen zoals “Ernstige Depressie” etc.
  - Bekijk eventuele bijkomende ondersteuning via eHealth of mHealth
- Indien geen transdiagnose van Depressie lijkt het onnodig een **farmacologische behandeling** op te starten.
- Plan **een opvolg consult** in: zeker indien de patiënt niet wenst doorverwezen te worden naar een coach of een eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog voor een psychotherapeutische behandeling.

## “Angst”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel gebruik van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Raadpleeg de **NICE-richtlijnen** of het **advies van de Hoge Gezondheidsraad (2013) omtrent Angststoornissen**, om te bepalen welke behandeling het meest aangewezen is
- Adviseer **algemene maatregelen** aan de patiënt
  - Goede slaaphygiëne, gezonde voeding en psycho-corporele sedatie-technieken zoals relaxatie, sporten of voldoende lichaamsbeweging, yoga, massages...
  - Controleer extra voor eventueel (over)matig alcoholgebruik en geef uitleg dat dit geen oplossing voor de angst-ervaring, het piekeren, de spanning of de slapeloosheid. Verwijs terug naar de gezonde levensstijl.
  - Adviseer rond opzoeken van sociale steun in familie- en /of vriendenkring.
- Bespreek een mogelijke **psychotherapeutische begeleiding** voor de patiënt. Welke wens heeft de patiënt? Ideaal wordt de patiënt doorverwezen naar een coach of eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog voor face-to-face begeleiding aangezien het welzijn van de patiënt serieus verstoord is en de deze verder kan escaleren naar andere psychische problemen zoals “Ernstige Depressie” etc.
  - Bekijk eventuele bijkomende ondersteuning via eHealth of mHealth
- Indien geen transdiagnose van Depressie lijkt het onnodig een **farmacologische behandeling** op te starten.
- Plan **een opvolg consult** in: zeker indien de patiënt niet wenst doorverwezen te worden naar een coach of een eerstelijnspsycholoog/orthopedagoog voor een psychotherapeutische behandeling. Zeker bij angststoornissen is een luisterend oor in eerste instantie belangrijk.

## “Depressie”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Neem tijd voor **meerdere consulten** alvorens de inschatting “Ernstige Depressie” te stellen om er zeker van te zijn dat het om dit psychisch probleem gaat en bijvoorbeeld niet om een “Bipolaire stoornis”
- Raadpleeg de **NICE-richtlijnen** of de **richtlijn van Domus Medica (2016)** of **het advies van de Hoge Gezondheidsraad (2014) omtrent Depressie** om te bepalen welke behandeling het meest aangewezen is
- Start een **farmacologische behandeling** afhankelijk van de persoonlijke inschatting van de huisarts en de wens van de patiënt. Beter geen farmacologische behandeling bij zwangere vrouwen of bij borstvoeding.
- Bespreek een mogelijke **psychotherapeutische begeleiding** voor de patiënt. Welke wens heeft de patiënt? Ideaal wordt de patiënt doorverwezen naar een klinisch opgeleide (eerstelijns)psycholoog/orthopedagoog voor face-to-face begeleiding aangezien het welzijn van de patiënt serieus verstoord is en de deze verder kan escaleren naar bijkomende psychische problemen alsook suïcide.
  - Onderzoek (KCE, 2014) heeft aangetoond dat een farmacologische behandeling in combinatie met psychotherapie het beste resultaat geeft op lange termijn.
  - Bekijk eventuele bijkomende ondersteuning via eHealth of mHealth
- Afhankelijk van de risico-situatie van de patiënt (vb. potentieel suïcide, geweld, verwaarlozing, vaststelling van andere uncommon mental disorders) overweegt de huisarts een doorverwijzing naar de **Speciale Geestelijke Gezondheidszorg – Tweede- of Derdelijnszorg**.
- “**Bij doorverwijzing is het belangrijk** dat de huisarts de patiënt mee blijft opvolgen via opvolg-consulten. De huisarts neemt best de rol aan van vertrouwenspersoon, luisterend oor en adviseur.

## “Bipolaire stoornis”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel gebruik van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Indien de huisarts een vermoeden van een bipolaire stoornis heeft, wordt het sterk aanbevolen de patiënt door te verwijzen naar de **Speciale Geestelijke Gezondheidszorg – Tweede- of Derdelijnszorg** (Ter Meulen et al., 2016; Gliddon et al., 2017; Fortney, et al., 2018).
  - De diagnose bipolaire stoornis wordt in de Eerstelijnszorg relatief vaker ten onrechte niet gesteld dan bij de psychiater;
  - Gegeven de complexiteit en de heterogeniteit van de aandoening is het niet aannemelijk dat huisartsen met deze lage aantallen voldoende ervaring zullen opdoen om patiënten met bipolaire stoornissen conform de laatste inzichten te behandelen
  - De huisarts kan een telefonisch consult overwegen met een psychiater alvorens de beslissing te nemen.

## “Problematisch Alcoholgebruik”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel gebruik van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Raadpleeg de **NICE-richtlijnen** of de **richtlijn van Domus Medica (2011) omtrent problematisch alcoholgebruik**, om te bepalen welke behandeling het meest aangewezen is
  - Omdat een lange interventie niet realistisch is in de huisartsenpraktijk, worden interventies tussen 5 en 15 minuten aanbevolen, gebaseerd op **FRAMES**:
    - ✓ **Feedback**: de arts geeft, na beoordeling van het alcoholgebruik en de daarmee samenhangende problemen, feedback aan de patiënt over de gezondheidsrisico's als gevolg van het overmatige alcoholgebruik.
    - ✓ **Responsability** (verantwoordelijkheid): de huisarts kent de verantwoordelijkheid voor verandering expliciet toe aan de patiënt, met respect voor diens recht om eigen keuzes te maken.
    - ✓ **Advice about changing** (advies): de huisarts adviseert de patiënt over veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik op een duidelijke en niet-oordelende manier.
    - ✓ **Menus** (keuzemogelijkheden): de huisarts biedt de patiënt verschillende opties en behandelingswijzen aan met betrekking tot veranderen, verminderen of stoppen van het alcoholgebruik.
    - ✓ **Empathic counselling** (empathie): de huisarts biedt een empathische begeleiding, toont warmte, respect en begrip.
    - ✓ **Self-efficacy** (persoonlijke effectiviteit, vertrouwen): de huisarts ondersteunt het geloof van de patiënt in zijn eigen kunnen om verandering in het alcoholgebruik te bevorderen.
- Afhankelijk van de ernst van het problematisch alcoholgebruik overweegt de huisarts om de patiënt door te verwijzen naar de BGGZ of zelfs de SGGZ voor een meer aangepaste begeleiding.

## “Problematisch Drugsgebruik”

- Schat de kans op een psychisch probleem in en geef er uitleg bij
- Maak eventueel gebruik van een meetinstrument om de inschatting bijkomend te valideren
- Raadpleeg de **NICE-richtlijnen** of de **richtlijn Up To Date (2015) & Up To Date 2 (2017), ADAPTE-youth (2018) en Hendriks et al. (2018) omtrent problematisch drugsgebruik**, om te bepalen welke behandeling het meest aangewezen is
- Afhankelijk van de ernst van het problematisch drugsgebruik overweegt de huisarts om de patiënt door te verwijzen naar de BGGZ of zelfs de SGGZ voor een meer aangepaste begeleiding.
- Er is geen (overtuigende) evidentie voor een farmacologische behandeling van een stoornis in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines en er kan daarom geen farmacologische behandeling voor deze stoornissen aanbevolen worden.
- Het verdient aanbeveling om, waar mogelijk, het systeem rond de patiënt te betrekken bij de behandeling.
- Het verdient aanbeveling om in de behandeling expliciet aandacht te besteden aan de therapeutische relatie en de keuze en wensen van de patiënt.
- Het verdient aanbeveling om patiënten tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen.
- Aanbevolen wordt om in de behandeling – naast psychiatrische comorbiditeit – ook aandacht te hebben voor behandeldoelen die niet (noodzakelijk) op abstinentie gericht zijn, en voor herstel-ondersteunende zorg op andere domeinen, waaronder de sociale inbedding, huisvesting en financiële situatie van de patiënt.

## IV. LEIDRAAD BEHANDELING

### Referenties:

1. ADAPTE-youth (2018). Adapting best practice guidelines for the prevention, screening and treatment of substance misuse in adolescents to the Belgian context, [http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub\\_ostc/Drug/DR59\\_FinRap\\_en.pdf](http://www.belspo.be/belspo/organisation/Publ/pub_ostc/Drug/DR59_FinRap_en.pdf)
2. Domus Medica (2011). Michels, J.; Hoeck, S.; Dom, G.; Goossens, M.; Van Hal, G. and Van Royen, P. *Problematisch alcoholgebruik, aanpak door de huisarts*, Domus Medica VZW.
3. Domus Medica (2016). Declercq, T.; Habraken, H.; Van Den Aemele, H.; Callens, J.; De Lepeleire, J. and Cloetens, H. *Depressie bij volwassenen*. Domus Medica VZW.
4. Fortney, J.C.; Pyne, J.M.; Ward-Jones, S.; Bennett, I.M.; Diehl, J.; Farris, K.; Cerimele, J.M. And Curran, G.M. (2018). Implementation of Evidence-Based Practices for Complex Mood Disorders in Primary Care Safety Net Clinics, *Families, Systems & Health* (36-3), p. 267-280, <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000357>.
5. Gliddon, E.; Barnes, S.J.; Murray, G. and Michalak, E.E. (2017). Online and Mobile Technologies for Self-Management in Bipolar Disorder: A Systematic Review, *Psychiatric Rehabilitation Journal* (40-3), p. 309-319, <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000270>.
6. Hendriks, V.; Blanken, P.; Croes, E.; Schippers, G.; Schellekens, A.; Stollenga, M. and van den Brink, W. (2018). Multidisciplinaire richtlijn - Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines, <https://www.vvgn.nl/wp-content/uploads/2018/05/MDR-Stoornissen-in-het-gebruik-van-niet-opio%C3%AFde-drugs.pdf>
7. Hoge Gezondheidsraad (2013). Angststoornissen: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8898.
8. Hoge Gezondheidsraad (2014). Depressieve stoornis: opvang van de patiënt en optimaal gebruik van het zorgsysteem en de therapeutische opties. *ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD* nr. 8155.
9. Hoge Gezondheidsraad (HGR), 2017. *Burn-out en werk*. HGR NR 9339.
10. KCE (2014). The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression, *KCE Report 230*.
11. Layard, R. and Clark, D.M. (2018). *Therapiewinst, de waarde van psychologische behandeling*. Amsterdam: Boom.
12. Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ"*. Utrecht: NIVEL; 2004.
13. Meijer, S.A., Smit, F., Schoemaker, C.G. and Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand, evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Nederland: Trimbos instituut en Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
14. NHG (2016). *GGZ in de huisartsenpraktijk* (editie 2016). Nederlands Huisartsen Genootschap.
15. Sikorski, C., Luppá, M., König, H-M., van den Bussche, H. & Riedel-Heller, G. (2012). Does GP training in depression care affect patient outcome? A systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, (12-10), <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/10>



## IV. LEIDRAAD BEHANDELING

### Referenties:

16. Ter Meulen, W.G.; Visser, H.M.; Elders, P.J.M. and Kupka, R.W. (2016). De huisarts als primaire behandelaar van patiënten met een bipolaire stoornis: een exploratief onderzoek, Tijdschrift voor Psychiatrie (58-3), p. 190-197.
17. Up To Date (2015). Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retrieval, [https://orfeo.kbr.be/bitstream/handle/internal/4231/rDR60\\_Book2\\_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://orfeo.kbr.be/bitstream/handle/internal/4231/rDR60_Book2_en.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
18. Up To Date 2 (2017). Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians - DATA retrieval, <https://werk.belgie.be/nl/onderzoeksprojecten/2018-date-2-vervolgproject-gebruik-van-alcohol-illegale-drugs-en-slaap-en>



## NUTTIGE LINKS

## NUTTIGE LINKS

Algemene links:

<https://domusmedica.be/>

<http://www.psy107.be/index.php/nl/>

<https://www.health.belgium.be/nl/geestelijke-gezondheid>

<https://www.ssmg.be/>

<https://www.ssmg.be/aide-la-consultation/>

<http://www.psy107.be/index.php/fr/>

<https://www.health.belgium.be/fr/sante-mentale>

<https://www.zelfmoord1813.be/>

[https://www.preventionsuicide.be/?fbclid=IwAR3U\\_JnFnqaNbQDWIhUdNVa7FbonwF67OxcXnnUTutw6SSQHFzc7mGpvUiQ](https://www.preventionsuicide.be/?fbclid=IwAR3U_JnFnqaNbQDWIhUdNVa7FbonwF67OxcXnnUTutw6SSQHFzc7mGpvUiQ)

<http://www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be/>

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>

## NUTTIGE LINKS

Stress, Burn-Out, Depressie:

<https://www.stressburnout.belgie.be/nl>

[https://fedweb.belgium.be/nl/welzijn/psychosociale\\_risico\\_s/stress](https://fedweb.belgium.be/nl/welzijn/psychosociale_risico_s/stress)

<https://domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen>

<https://www.stressburnout.belgie.be/fr>

[https://fedweb.belgium.be/fr/bien\\_etre/risques\\_psychosociaux/stress](https://fedweb.belgium.be/fr/bien_etre/risques_psychosociaux/stress)

[https://www.ssmg.be/avada\\_portfolio/depression-et-burn-out/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109](https://www.ssmg.be/avada_portfolio/depression-et-burn-out/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109)

[https://www.ssmg.be/avada\\_portfolio/sante-et-bien-etre-au-travail-2/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109](https://www.ssmg.be/avada_portfolio/sante-et-bien-etre-au-travail-2/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109)

## NUTTIGE LINKS

### Alcohol & Drugs:

<https://www.vad.be/>

<https://domusmedica.be/richtlijnen/problematisch-alcoholgebruik-aanpak-van-de-huisarts>

<https://domusmedica.be/richtlijnen/geneesmiddelenverslaving>

<https://www.druglijn.be/>

<https://feditobxl.be/nl/>

<http://www.slaapenkalmemiddelen-hulpmiddelenboek.be/>

<https://www.feditowallonne.be/>

<https://www.alcoholhulp.be/> - <https://aide-alcool.be/>

<https://infordrogues.be/services/vous-etes-un-professionnel/>

<http://www.reseualto.be/>

[https://www.ssmg.be/avada\\_portfolio/mesusage-de-l-alcool/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109](https://www.ssmg.be/avada_portfolio/mesusage-de-l-alcool/?portfolioCats=107%2C108%2C183%2C109)

<http://www.emcdda.europa.eu/>

<http://www.somniferesetcalmants-manuelaide.be/>

## NUTTIGE LINKS

### Cijfers geestelijke gezondheid:

<https://www.sciensano.be/nl/pershoek/gezondheidsenquête-2018-sciensano-houdt-de-vinger-aan-de-pols-belgie>

<https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/niet-overdraagbare-aandoeningen/geestelijke-gezondheid>

<https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers>

<https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/psychische-klachten>

<https://www.gezondleven.be/themas/geestelijke-gezondheidsbevordering/cijfers>

[https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers?f%5B0%5D=pas\\_43%3A45&f%5B1%5D=pas\\_11%3A21](https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers?f%5B0%5D=pas_43%3A45&f%5B1%5D=pas_11%3A21)

<https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/enquete-de-sante-2018-sciensano-prend-le-pouls-de-la-population-en-belgique>

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/sante-mentale>

<http://sante.wallonie.be/?q=node/4465>



**blue  
planet**  
ACADEMY & CONSULTING

service public fédéral  
SANTÉ PUBLIQUE,  
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT



federale overheidsdienst  
VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN  
EN LEEFMILIEU

CONTACT:

[INFO-PSY@HEALTH.FGOV.BE](mailto:INFO-PSY@HEALTH.FGOV.BE)

