

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

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

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

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Het afsluiten van eindeloze behandelingen

Walter Arts¹ & Michel Reinders²

INLEIDING

Ruim 42% van de Nederlandse bevolking voldoet tijdens het leven ooit aan de criteria voor een psychiatrische stoornis. Ongeveer 18% van de bevolking had het afgelopen jaar een psychiatrische aandoening (De Graaf, Ten Have & Dorsseleer, 2010). Dat is veel. Dit weerspiegelt zich in de aanmeldingen voor een psychologische behandeling. De ambulante zorg groeide tussen 2000 en 2007 met gemiddeld 14% per jaar (CBS, 2009). Hoewel het aantal behandelingen is toegenomen, hebben bijna alle GGZ-instellingen (lange) wachtlijsten. De afgelopen jaren zijn de wachtlijsten alleen maar gegroeid. Begin 2005 stonden 66.300 mensen op een wachtlijst voor behandeling bij een GGZ-instelling. In begin 2009 waren dit er 98.600 (GGZ Nederland, 2005 en 2009).

Over het algemeen melden cliënten zich niet aan voor een behandeling met de bedoeling om op een wachtlijst terecht te komen. Ze willen hulp en het liefst zo snel mogelijk. Maatregelen om te zorgen dat mensen met psychische aandoeningen snel hulp kunnen krijgen, liggen deels in de handen van verzekeraars en overheden. Ook instellingen en individuele behandelaars kunnen een steentje bijdragen. Over de bijdrage van hulpverleners en instellingen gaat dit artikel. Kunnen de beperkte middelen efficiënter worden ingezet zodat meer cliënten hulp krijgen? Om wachtlijsten te verkorten moeten behandelingen korter en efficiënter. Dat betekent ook dat behandelingen die geen succes hebben of niets extra's meer opleveren moeten worden beëindigd. Hoe logisch dat ook klinkt, de werkelijkheid is waarschijnlijk anders. Iedere behandelaar kent behandelingen die worden voortgezet terwijl het punt is gepasseerd dat de behandeling verbetering oplevert. Waarom gaan cliënten en behandelaars door met een behandeling die niets meer oplevert? Het eerste deel van dit artikel richt zich op het beantwoorden van deze vraag. Daarna bespreken we maatregelen om te voorkomen dat behandelingen eindeloos duren en geven we

1 Drs. W.J.J.M. Arts is als klinisch psycholoog en gedragstherapeut werkzaam bij GGZ-Delfland, locatie Ypenburg te Den Haag als behandelaar en manager behandelzaken. Hij is ook programmagroepvoorzitter Angststoornissen van GGZ-Delfland. E-mail: W.Arts@GGZ-Delfland.nl

2 Dr. M.J. Reinders is als klinisch psycholoog en gedragstherapeut werkzaam op de specialis-tische polikliniek Psychosomatiek bij GGZ InGeest te Amsterdam Osdorp. E-mail: Mi.Reinders@GGZinGeest.nl

adviezen over hoe deze behandelingen beëindigd kunnen worden. De maatregelen en interventies betreffen zowel de individuele behandelaar als de instelling waarin deze werkt. Over deze onderwerpen is nauwelijks informatie te vinden in de vakliteratuur. Een uitgebreide literatuursearch in Medline, Psychlit en Google Scholar leverde slechts enkele artikelen op. Dat betekent dat wat hieronder volgt voor een belangrijk deel is gebaseerd op eigen klinische ervaring en die van collega's.

TE LANGE BEHANDELINGEN?

Verreweg de meeste behandelingen stoppen binnen een korte tijd. Ongeveer 75% van de cliënten is korter dan een jaar in behandeling in de GGZ (Hilderink & Van 't Land, 2009). Toch kent iedere behandelaar therapieën die aanvankelijk succesvol waren, maar al een tijd in een fase verkeren waarin geen wezenlijke verandering optreedt. Desondanks behandelt men verder. Incidenteel vindt men opmerkingen over dit soort therapieën terug in de literatuur. Zo concluderen Durham et al. (2005) naar aanleiding van een onderzoek naar het lange termijn effect van cognitieve gedragstherapie van angststoornissen dat het onwaarschijnlijk is dat een behandelduur langer dan ongeveer 10 zittingen een grotere verbetering oplevert. Op de meeste therapieën is de wet van de verminderde meeropbrengst van toepassing: het grootste effect van een behandeling wordt behaald in de eerste tien tot twintig zittingen, daarna treedt nog maar een beperkt herstel op (Durham et al., 2005; Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986; Knoop & Bleijenbergh, 2010; Lutz, Stulz & Köck, 2009; Tummers et al., 2011).

Sommige behandelingen leiden nooit tot succes. Ongeveer 50 tot 75% van de cliënten heeft baat bij een behandeling (zie de verschillende multidisciplinaire richtlijnen). Dat betekent dat er een aantal cliënten in behandeling is, dat niet beter gaat worden. Elke behandelaar kent wel een cliënt, uit eigen ervaring of via de teambesprekingen, die al vele jaren in behandeling is, waarbij geen enkel succes is geboekt zonder dat iemand de 'therapie' stopt. Behandelaars vinden het moeilijk om tegen cliënten te zeggen dat zij hen niet (meer) kunnen helpen.

Richtlijnen, protocollen en handboeken zijn over het algemeen duidelijk over de behandeling en de behandelduur. Zie bijvoorbeeld de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003, 2009) of de Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2009). De richtlijnen zijn er. Waarom houden we ons er niet aan?

Opmerkelijk hierbij: Iedereen die ooit van baan is gewisseld, heeft ervaren dat hij bij zijn vertrek plotseling een groot deel van de cliënten kon ontslaan. Deze cliënten waren zeer waarschijnlijk veel langer in therapie gebleven als de therapeut niet van baan was gewisseld.

Het is onduidelijk hoeveel behandelcapaciteit deze 'eindeloze' behandelingen opslokken. Er zijn geen recente cijfers bekend. In het onderzoek van Zitman uit 1976 bleek 23 % van de behandelcapaciteit op te gaan aan langdurende behandelingen. Wanneer we kritischer zijn over het nut van een behandeling

zullen wachtlijsten korter worden en kunnen we meer cliënten behandelen met dezelfde capaciteit.

REDENEN WAAROM CLIËNTEN IN BEHANDELING WILLEN BLIJVEN

Het is moeilijk om cliënten volledig klachtenvrij te ontslaan. Het merendeel van de cliënten heeft na een succesvolle behandeling nog (rest)klachten. Sommige cliënten kunnen niet accepteren dat de kwaliteit van leven blijvend achteruit is gegaan en ze niet meer zijn zoals vroeger. *Cliënten* komen in therapie omdat ze klachten hebben en *willen veelal pas stoppen als ze volledig hersteld zijn*. Deze niet reële verwachting kan tot veel weerstand tegen ontslag leiden.

Ook om andere redenen voelen cliënten er weinig voor om naar huis gestuurd te worden terwijl ze nog klachten hebben. Een aantal cliënten wil niet stoppen in de *hoop op verdere verbetering*. Ze verwachten dat als de therapie doorgaat er toch nog verdere verandering optreedt. Sommige cliënten hebben zoveel psychosociale problemen dat elke ingezette behandeling stuk loopt omdat het ene na het andere urgent probleem zich voordoet. Andere behandelingen komen niet verder dan het beginstadium omdat de cliënt daarna de helft van de afspraken afbelt en een kwart van de afspraken niet verschijnt. Nadat besproken is dat behandeling zo niet mogelijk is komt de cliënt de volgende twee keer weer trouw waarna het bovenstaande zich herhaalt. De cliënt hecht vaak groot belang aan de therapie ondanks dat er weinig verandert of hij regelmatig afzegt. Zoals een cliënt desgevraagd zei: 'er gebeurt nu misschien wel niets, maar door de behandeling heb ik nog steeds de hoop dat er dadelijk iets gebeurt'.

Angst voor terugval speelt vaak ook een rol bij de aarzeling een therapie af te ronden. Cliënten twijfelen aan de duurzaamheid van het herstel of zijn bang dat ze het niet redden zonder therapeutisch contact. Vaak zijn cliënten ook bang dat ze onderaan de wachtlijst terecht komen wanneer ze zich bij een terugval opnieuw aanmelden. Daarom houden ze het contact liever aan.

Voor bepaalde cliënten geldt: *beter een therapie die niet werkt dan geen therapie*. Niet elke cliënt verwacht dat een behandeling de klachten zal verminderen; soms hoeft dat zelfs niet. Een beetje ondersteuning bij de problemen in het leven is voldoende.

Het kan ook zijn dat de gesprekken met de therapeut dienen als *invulling van een leegte, als compensatie van eenzaamheid, als substituut voor ontbrekende sociale contacten*. De behandelgesprekken zijn niet zozeer een middel om beter te worden, maar een doel op zichzelf (Zitman, 1976).

Een behandeling die eindeloos doorgaat kan voor een cliënt prettig zijn. Vele cliënten willen liever niet met ontslag: de relatie met de therapeut is goed; de therapeut is steunend en behulpzaam. Hoewel er niets wezenlijks verandert, *weet de cliënt zich gesteund bij allerlei problemen*. Als er een crisissituatie ontstaat, kan hij terugvallen op iemand die hem begrijpt. Therapie verandert in steun. De therapeut verandert van professional in 'de aardigste buurman in de straat'.

REDENEN WAAROM THERAPEUTEN DOORGAAN MET WEINIG SUCCESSVOLLE THERAPIEËN

Therapeuten stellen vaak hoge eisen aan zichzelf. Een behandeling kan behoorlijk succesvol zijn, maar hoe succesvol is succesvol genoeg? Een cliënt met de angst besmet te worden met HIV kan op een bepaald moment niets meer vermijden, geen controlerituelen meer uitvoeren en zich ook niet meer uitgebreid wassen. Desondanks raakt deze cliënt nog steeds in paniek na het zien van bloed van een onbekende. Hoe lang moet je doorgaan? Therapeuten met hoge eisen en een groot verantwoordelijkheidsgevoel zullen waarschijnlijk meer moeite hebben met het afsluiten van zo'n behandeling dan therapeuten die sneller tevreden zijn. Dit geldt nog veel sterker bij cliënten die niet of maar beperkt profiteren van een behandeling. Moet je iemand ontslaan die binnen enkele maanden weer in crisis is? Moet je iemand een behandeling weigeren omdat tot nu toe geen enkele behandeling iets opleverde? Wat doe je als iemand het leven nauwelijks aankan? Soms worden hulpverleners beschuldigd van 'reddersfantasieën'. Dat is een onaardige kwalificatie. Misschien is het beter om te erkennen dat het lastig is om geen hulp te bieden aan iemand in nood. *Het is niet makkelijk om cliënten te moeten teleurstellen of verdriet te doen.* Therapeuten vertellen niet graag dat verbetering (op dit moment) niet (meer) mogelijk is. Het is makkelijker te behagen (zie bijvoorbeeld Joele, 2011).

Therapeuten willen soms niet toegeven dat een therapie niet lukt. Iedere behandeling is anders, iedere cliënt is anders. Sommige cliënten roepen iets op bij de therapeut waardoor deze, meer dan bij andere cliënten, zijn uiterste best doet om deze cliënten te helpen. Als deze extra inzet toch niet het gewenste resultaat brengt, kan het moeilijk zijn hierin te berusten. Beginnende therapeuten hebben hier vaak last van. Zij willen zich graag bewijzen en schrijven het gebrek aan succes van een behandeling aan zichzelf toe. Ze geven niet op omdat ze in hun beleving daarmee toegeven dat ze gefaald hebben. Soms houden therapeuten zichzelf voor de gek met allerlei drogredenen om te verklaren waarom een therapie niet werkt: 'het moet eerst slechter worden voordat verbetering optreedt'; 'we moeten geduld hebben tot de werkproblemen zijn opgelost'.

Therapeuten vrezen soms het antwoord van de cliënt wanneer zij overwegen om te bespreken dat de therapie niet langer zinvol is. Ze zijn bang dat de cliënt een van de volgende antwoorden geeft: 'u kunt mij toch niet in de steek laten'; 'als u mij zo naar huis stuurt, ga ik zeker weer automutileren'; 'op deze manier kan ik niet verder leven'. Het dreigement dat in sommige van deze opmerkingen doorklinkt, maakt het vaak moeilijk een behandeling te stoppen. Angst om verantwoordelijk te zijn voor deze gevolgen of ervoor verantwoordelijk gesteld te worden, kan therapeuten doen besluiten de behandeling te verlengen met eindeloze steunende gesprekken. Soms gaan therapeuten overstag na egostrelende opmerkingen als: 'u steunt mij zo goed', 'u zegt altijd zulke goede dingen', 'ik heb zo veel aan de gesprekken met u'. Daarbij verliezen ze uit het oog of een als empathisch ervaren contact verandering bewerkstelligt.

Een jarenlang voortkabbelende behandeling kan voor een therapeut een welkome ontspanning zijn in een behandelklimaat gekenmerkt door een hoge werkdruk en een filosofie dat elke cliënt binnen tien zittingen beter moet zijn. Dat is hard werken. Het is wel zo prettig om af en toe een cliënt te zien die je van haver tot gort kent, met weinig verrassingen, waarbij je niet meer hoeft te investeren in het opbouwen van een therapeutische relatie, die weinig extra inspanning vereist. Vroeger gingen therapeuten wel eens koffie drinken bij hun cliënten. Dat gebeurt allang niet meer. Maar waarom moet elke cliënt die je net een beetje kent alweer met ontslag als het ietsje beter gaat? Niet alleen cliënten raken gehecht aan hun therapeut, ook therapeuten raken gehecht aan hun cliënten.

De meeste multidisciplinaire richtlijnen voor het behandelen van een psychische stoornis omvatten beslisbomen die vermelden op welk moment we een bepaalde therapie moeten beëindigen en een cliënt moeten doorverwijzen naar een volgende behandeling. In de praktijk gebeurt dat niet altijd. Cliënten met angstklachten die niet opknappen van cognitieve gedragstherapie, zouden medicatie moeten krijgen. Als verschillende medicatie is geprobeerd en dat niet helpt, dan is een doorverwijzing naar een specialistisch centrum gewenst. Sommige cliënten willen geen medicijnen; anderen kunnen niet weken van huis om zich in een specialistisch centrum te laten behandelen of zien het groepsmatig karakter van veel van dergelijke behandelingen niet zitten. *Omdat deze cliënten vaak ernstige klachten hebben, durft de behandelaar het niet aan de behandeling af te sluiten.* Het resultaat is dat cliënt en therapeut in een uit-zichtloos contact verzanden.

Een bijkomend punt bij dit alles is dat *het soms lang duurt voordat het duidelijk is of een therapie helpt of niet.* Over het geheel genomen geldt dat binnen ongeveer 10 tot 16 zittingen (de looptijd van de meeste geprotocolleerde behandelingen) een duidelijke verbetering zichtbaar moet zijn om een behandeling succesvol te maken. Maar dat geldt niet altijd: De Haan, Van Oppen, Van Balkom, Hoogduin en Van Dyck (1997) vonden dat bijna 40% van de cliënten met een dwangstoornis die na 16 zittingen cognitieve gedragstherapie nauwelijks was opgeknapt, alsnog profiteerde van de behandeling als deze langer werd voortgezet.

MAATREGELEN OM TE VOORKOMEN DAT BEHANDELINGEN BLIJVEN DUREN

Om te voorkomen dat wachtlijsten blijven oplopen, dat een polikliniek dichtslibt, zijn een aantal interventies mogelijk. Hieronder worden een aantal mogelijke maatregelen besproken ter voorkoming van eindeloze behandelingen en interventies om eindeloze behandelingen te beëindigen. Deze maatregelen en interventies hebben enerzijds betrekking op de behandelaar, anderzijds richten zij zich op het beleid van de instelling.

Preventieve maatregelen

Het 'nee, tenzij' principe. Therapieën met een tijdslimiet duren minder lang dan therapieën zonder tijdslimiet. Een langere therapie staat niet gelijk aan een effectievere therapie (Durham et al., 2005; Knoop & Bleijenberg, 2010). Vooraf afspraken maken over de duur van de behandeling kan een eindeloze behandeling voorkomen. Het kan goed zijn hierbij het 'nee, tenzij' principe te hanteren. Aan het begin van de therapie krijgt de cliënt te horen dat hij een bepaald aantal zittingen of een bepaalde tijdsduur aan therapie ontvangt. Verlenging vindt in principe niet plaats, tenzij er een goede reden is om dit wel te doen. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer de klachten deels zijn verminderd en de therapeut een verdere klachtenreductie verwacht bij verlenging. Deze verlenging dient in het behandelteam te worden besproken en geaccordeerd. Bij groen licht wordt de behandeling een vaststaand aantal zittingen verlengd. Is er niets bereikt, dan wordt conform de richtlijnen een volgende stap geïntroduceerd. Wil de cliënt dat niet, dan houdt de behandeling op.

Goede voorlichting over de mogelijkheden en onmogelijkheden van een behandeling draagt niet alleen bij tot een snellere beëindiging van de therapie, maar leidt ook tot een effectievere therapie (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011; Greenberg, Constantino & Bruce, 2006). Het is van belang om positieve verwachtingen te scheppen over het resultaat van de therapie. Onrealistisch hoge verwachtingen over de behandeling, daarentegen, werken contraproductief. Cliënten verwachten meestal dat de therapie hen klachtenvrij maakt. Vertel cliënten dat zij waarschijnlijk (veel) baat zullen hebben bij de behandeling, maar dat er bij de meeste mensen restklachten over blijven. Dat betekent dat de behandeling stopt als het grootste deel van de klachten is verdwenen. Vertel cliënten ook dat de behandeling eindigt wanneer er nog maar weinig verbetering optreedt. Of vertel cliënten met veel psychosociale problemen dat de therapie hen handvaten zal geven om beter om te gaan met die problemen. De therapie zal niet de problemen oplossen. Het gaat erom dat cliënten gereedschap meekrijgen om met de problemen om te gaan.

Hoe duidelijker het behandeldoel, hoe sneller een behandeling waarschijnlijk verloopt. 'Verminderen van de paniekaanvallen' is een duidelijker en meetbaarder doel dan 'gelukkiger worden in het leven'. Onderzoek binnen GGZ-Delfland (Merkies, 2008) naar cliënten die langer dan twee jaar in behandeling waren (gemiddelde behandelduur 5,0 jaar), liet zien dat behandeldoelen bij deze groep cliënten vaak ontbraken of erg vaag, algemeen en onhaalbaar waren. Regelmatig werden behandeldoelen gevonden in de trant van: 'gelukkig worden', 'weer de oude worden', 'weer van het leven kunnen genieten', 'steun geven', 'onderzoeken waar de klachten vandaan komen'. Ook was er regelmatig geen verband tussen behandeldoel en diagnose. In dit project werd ook, samen met de behandelaar, kritisch gekeken of verdere behandeling nodig was. Bij meer dan een derde van de cliënten werd hierna de behandeling op korte termijn afgesloten. Er waren weinig klachten van de zijde van de cliënten. Een aantal gaf

zelfs aan dat zij het waardeerden dat de behandelaar ontslag ter sprake bracht. Ook zij overwogen ontslag al enige tijd.

Sommige cliënten lijden onder onoplosbare sociale problemen. Andere cliënten melden zich aan met moeilijk behandelbare problematiek of een wirwar van klachten. Het is bij deze cliënten niet altijd even duidelijk wat het behandel­doel kan zijn. Behulpzaam kan het antwoord op de volgende vraag zijn: *wat moet u leren om na tien zittingen weer zelfstandig verder te kunnen?*

Bij het stellen van doelen doet zich een valkuil voor. Cliënten en therapeuten neigen er toe om het einddoel van de behandeling te formuleren in termen van klachten, bijvoorbeeld: 'de depressie is over' of 'cliënt heeft geen paniekaanval­len meer'. Dat schept problemen wanneer die doelen niet gehaald worden. Het is verstandiger om het behandel­doel tevens te koppelen aan een maximaal aantal zittingen. Soms reageert een cliënt hierop met opluchting: 'gelukkig, want ik wil niet een eeuwige cliënt zijn'.

Zitman (1976) vergeleek cliënten die langer dan een jaar in behandeling waren met cliënten bij wie de behandeling binnen een jaar stopte. Bij de lan­gere behandelingen vond Zitman meer vrouwen en meer ouderen. Ook vond hij een lagere frequentie van afspraken in de groep met een langere behandeling. Dit was al zo vanaf de start van de behandeling. Dit suggereert dat *regelmatige, frequent opvolgende afspraken ertoe bijdragen dat een behandeling beperkt wordt in tijd*.

Als er al vroeg in de therapie een verbetering optreedt, is dit een voorspel­ler voor een succesvolle behandeling (Lutz, Stulz & Köck, 2009). Deze vroege veranderingen treden soms niet op en kunnen een signaal zijn dat de therapie niet zal slagen. Voor een therapeut kan het moeilijk zijn dit te signaleren. Hulp hierbij, in de vorm van *regelmatige metingen van de ernst van de klachten* zoals Routine Outcome Monitoring (ROM), kan helpen.

Het is belangrijk de vooruitgang van een behandeling regelmatig te eva­lueren. Niet alleen met de cliënt zelf, maar ook expliciet in het behandelteam. *Tussentijdse evaluaties in het behandelteam* kunnen ervoor zorgen dat een behandeling adequaat verloopt en dat tijdig een volgende stap in de behan­deling, zoals beschreven in de richtlijnen, wordt ingezet. Bij veel langdurige behandelingen ontbreken dit soort evaluaties vaak. Daardoor blijft het gebrek aan vooruitgang onzichtbaar. Tussentijdse evaluaties kunnen ook gebruikt wor­den om een stagnerende behandeling weer vlot te trekken. De therapeut vertelt de cliënt dat het behandelteam alle behandelingen periodiek evalueert. De the­rapeut zegt dat het team kritisch is en alleen toestemming geeft voor voortzet­ting van de therapie als er sprake is van duidelijke vooruitgang. Dat betekent dat de cliënt de komende tijd een aantal extra stappen zal moeten zetten. Door de interventie op deze manier in te kleden, kan de therapeut in de steunende rol blijven terwijl het team op de achtergrond de kritische rol speelt. Tussentijdse evaluaties in het behandelteam maken het voor de therapeut ook makkelijker naar de cliënt toe om een behandeling af te sluiten. De beslissing wordt geno-

men door het team. De behandelaar is er niet meer alleen voor verantwoordelijk.

Sommige cliënten komen zeer onregelmatig op hun afspraken. Sommige afspraken worden tijdig afgebeld, op sommige verschijnen zij gewoonweg niet (de zogenaamde 'no-show'). Behalve dat een therapie eindeloos kan doorkabelen als een cliënt onregelmatig verschijnt, veroorzaken de afzeggingen veel tijdsverspilling. Dat is tijd die een andere cliënt graag zou willen benutten. Om dergelijke behandelingen te kunnen afsluiten kan een door de instelling gedragen *no-show beleid* nuttig zijn. Dit kan bijvoorbeeld inhouden dat bij tweemaal een no-show de behandeling automatisch wordt beëindigd. Dit kan ook het geval zijn bij het herhaaldelijk (tijdig) afbellen van een afspraak. Dit beleid wordt met de cliënt besproken bij start van de behandeling en meegeven op papier. Hierin kan ook beschreven staan wanneer een cliënt zich weer opnieuw kan aanmelden (bijvoorbeeld minimaal een half jaar na ontslag).

Een aantal cliënten meldt zich in crisis aan voor behandeling om al snel, als de problemen verminderen, niets meer van zich te laten horen. Na een maand bellen ze opnieuw op, in crisis, overspoeld door een ander probleem en herhaalt het bovenstaande zich. Dit zijn vaak cliënten die het moeilijk in het leven hebben vanwege slechte relaties, schulden, ontsporende kinderen en/of terugkerende problemen op het werk of met uitkeringsinstanties. Het aanbieden van een regulier behandelcontact kost veel tijd omdat de cliënten regelmatig niet verschijnen. Het afsluiten van het dossier is vaak geen optie omdat cliënten zich telkens weer melden. Als er een aantal van deze cliënten op een afdeling in behandeling zijn, dan kan een (*groeps*)*inloopspreekuur* zinvol zijn. Er wordt geen nieuwe behandeling gestart, maar de cliënt kan altijd, voor de periode van bijvoorbeeld een jaar, zonder afspraak, langskomen als er problemen zijn, op een vast tijdstip op een vaste dag in de week (of tweewekelijks). Zij kunnen komen als er crises zijn en wegblijven als hulp niet nodig is of er andere meer dringende zaken zijn. Soms zal dit betekenen dat er maar één cliënt verschijnt, soms meerdere. Op deze manier kan op efficiënte wijze met kostbare behandel-tijd worden omgegaan.

Het behandelen volgens multidisciplinaire richtlijnen is ook belangrijk om ervoor te zorgen dat therapieën in tijd worden beperkt. In deze richtlijnen wordt beschreven welke behandeling het meest effectief zijn en in welke volgorde zij aangeboden dienen te worden. Ook wordt er meestal een tijd gekoppeld aan het uitvoeren van een bepaalde behandeling. In de praktijk wordt er helaas nog maar beperkt naar gehandeld. In een onderzoek hiernaar gaf slechts 28% van de respondenten aan de richtlijnen daadwerkelijk toe te passen (Sinnema, Franx & van 't Land, 2009). Dat betekent dat GGZ-instellingen nog veel werk moeten verzetten bij de verdere implementatie van deze richtlijnen.

Als een bestaande behandeling niet toereikend is, verwijst men de cliënten naar een passender behandeling zoals een gespecialiseerd centrum. Vaak kunnen cliënten daar niet snel terecht en biedt de behandelaar een *'overbruggings-*

contact' aan. Overbruggingscontacten zijn contacten met een cliënt nadat men heeft geconstateerd dat een therapie onvoldoende helpt. Het zijn contacten waarin zeer waarschijnlijk weinig gebeurt. Alle tijd die men aan overbruggingscontacten besteedt, kan niet men niet besteden aan cliënten die op de wachtlijst staan en die wellicht wel profiteren van de therapie. Elke keer dient kritisch te worden bekeken of een overbruggingscontact nodig is. Soms zal dit zo zijn, bijvoorbeeld bij sterk crisisgevoelige cliënten, vaak niet.

INTERVENTIES OM EEN BEHANDELING TE STAKEN

Sommige cliënten zijn tevreden met het bereikte resultaat, maar durven de behandeling niet af te sluiten. Ze vrezen dat het leven zwaarder wordt zonder de steun van de therapeut of vrezen een terugval. Bij deze cliënten kan het zinvol zijn *de laatste afspraken te verspreiden over de tijd* zodat ze merken dat ze het zonder de steun van de therapeut redden en niet terugvallen. Het plannen van de laatste afspraken kan ook geheel aan de cliënt worden overgelaten: de cliënt mag binnen een bepaalde termijn bijvoorbeeld nog één tot vijf zittingen opnemen. Aan het gebruik van deze 'strippenkaart', alsook de eerstgenoemde interventie, kleeft wel een gevaar. Wanneer de cliënt bij het allerlaatste gesprek een paar mindere weken heeft, is het zowel voor cliënt als therapeut lastig om zich aan de afspraak te houden. Soms zijn cliënten bang dat zij bij terugval onderaan de wachtlijst terecht komen en lang op hulp moeten wachten. Daarom blijven ze liever langer in therapie. De belofte dat de cliënt voorrang krijgt bij een terugval, kan deze cliënten helpen de therapie te beëindigen.

Soms kan ook het afspreken van *een therapiepauze* zinvol zijn. Vaak hebben cliënten na verloop van tijd een belangrijk deel van hun klachten overwonnen. Therapeutische interventies zijn uitgeput en verdere verbetering lijkt niet mogelijk. Toch vinden de cliënt en de therapeut dit resultaat niet voldoende. Een therapiepauze geeft de therapeut tijd om na te denken over het vervolg en het geeft de cliënt de tijd om bij te komen van de geleverde inspanningen. De behandeling stopt met de afspraak dat de cliënt zich na een bepaalde periode (bijvoorbeeld een jaar) opnieuw kan melden. Meestal gaan cliënten akkoord met zo'n onderbreking. Ook zij bemerkten de stagnatie in de behandeling. Soms is er ook een zekere therapiemoeheid ontstaan. Bij een therapiepauze blijft de hoop op (verdere) verbetering bestaan. Ook kan het de angst voor terugval verminderen. De cliënt weet dat hij na enige tijd weer een beroep kan doen op de therapeut.

Als geen enkele behandeling heeft geholpen is de laatste stap in de meeste multidisciplinaire richtlijnen toepassing van *'het handicapmodel'*. Wat hieronder wordt verstaan is onduidelijk. In de praktijk betekent dat een kans op langdurige steunende gesprekken. Het is beter om het handicap model te gebruiken om cliënten te leren om *met* hun klachten een zinvol en waardevol leven op te bouwen. Hiervoor kan weer een kortdurende behandeling aangeboden worden. Maar er zou ook een therapiepauze afgesproken kunnen worden. De behande-

ling is nu niet gelukt, ondanks veel inzet van cliënt en therapeut, mogelijk lukt het over een (half) jaar wel. Ook mensen zonder ernstige psychopathologie hebben vaak verschillende pogingen nodig om bepaalde zienswijzen of gedragingen te veranderen. Stoppen met roken is hiervan een voorbeeld. De meeste mensen lukt het pas om na herhaalde pogingen het roken definitief te laten.

Vaak hebben therapeuten veel energie in de behandeling gestopt, ze hebben meegeleefd met de cliënt en weten hoe moeilijk het leven van hun cliënt is. Misschien is het niet reëel om te verwachten dat therapeuten altijd in staat zijn om langdurige therapieën af te sluiten. In deze gevallen is het verstandig om *de behandeling over te dragen aan een andere behandelaar*. Deze therapeut, met minder binding en verleden met de cliënt, krijgt dan de opdracht de therapie op een fatsoenlijke manier binnen een beperkt aantal zittingen te beëindigen.

De cognities van de therapeut. Wat houdt de therapeut tegen om voortmoderende behandelingen te beëindigen? Soms verkeert de therapeut in onzekerheid: heeft hij voldoende gedaan om verbetering bij de cliënt te bewerkstelligen? Is het bereikte resultaat voldoende of zit er meer in het vat? Veel therapeuten denken dat ze cliënten tekort doen als ze een therapie stoppen waarbij de cliënt niet (volledig) beter is geworden. *Intervisie* kan belangrijk zijn voor therapeuten die moeite hebben met het afsluiten van een behandeling. Het kan een opluchting betekenen als een therapeut van zijn collega's hoort dat hij zijn best heeft gedaan heeft en trots mag zijn op het bereikte resultaat. Therapeuten realiseren zich niet altijd dat een behandeling te lang voortzetten ook slecht kan zijn: het kan de cliënt de valse hoop geven dat verdere verbetering mogelijk is en voorkomt dat de cliënt zijn huidige situatie accepteert en op basis daarvan verder gaat met zijn leven. Soms zijn therapeuten bang dat cliënten zich in de steek gelaten voelen of zich suïcidaal zullen uiten. Uiteraard zijn er cliënten die het stoppen van de therapie als een drama ervaren. In de praktijk blijken veel cliënten reële mensen te zijn die heel goed snappen dat een therapie niet eeuwig duurt en dat niet elke behandeling succesvol is. Veel cliënten waarderen het dat de therapeut ter sprake brengt dat er geen vooruitgang in de therapie zit. Meestal hadden ze dat zelf ook al bedacht, maar waren ze er om diverse redenen niet over begonnen. Die redenen kunnen zijn: geringe assertiviteit, de therapeut niet willen teleurstellen of de gedachte dat de therapeut niet voor niets telkens een nieuwe afspraak maakt. Veel collega's die opzien tegen een gesprek over het beëindigen van een behandeling rapporteren met grote opluchting dat de cliënt goed reageerde op het gesprek.

Naast steun in de vorm van intervisie, is *steun vanuit leidinggevenden* onontbeerlijk. Niet elke cliënt stemt even gemakkelijk in met het beëindigen van een behandeling. Soms wordt de cliëntenvertrouwenspersoon ingeschakeld, bedreigd met een klacht of een klacht ingediend. Een *instellingsbeleid* over het afsluiten van behandelingen zal ook zeker helpen. Gelukkig nemen veel GGZ-instellingen hun verantwoordelijkheid hierin en staat de door- en uitstroom van cliënten hoog op de agenda.

TOT SLOT

De meeste behandelaren zijn zeer betrokken bij hun cliënten. Zij doen hun uiterste best om cliënten te helpen met hun problemen. Dit kan echter niet eindeloos meer duren. Steeds meer mensen melden zich aan voor behandeling terwijl het geld dat hiervoor beschikbaar is steeds meer wordt beperkt door verzekeraars en overheid. Behandelcapaciteit is schaars. De vraag naar therapie is groter dan de middelen die een GGZ-instelling ter beschikking krijgt. Willen we met beperkte middelen zoveel mogelijk cliënten helpen, dan zullen we behandelingen die niet succesvol (meer) zijn sneller moeten stoppen. Vooruitgang in de therapie bepaalt de voortgang. Het beëindigen van niet (geheel) succesvolle behandelingen is makkelijker gezegd dan gedaan. Therapeuten kunnen wel wat hulp en suggesties gebruiken om op de meest effectieve manier van hun behandelcapaciteit gebruik te maken. Hopelijk levert dit artikel daartoe een bijdrage. Ook instellingsbeleid rond door- en uitstroom van cliënten is belangrijk, zoals het implementeren van multidisciplinaire richtlijnen, rom, no show- en ontslagbeleid. Een behandelaar die met veel moeite een behandeling beëindigt van een lastige cliënt dient gesteund te worden door zijn leidinggevenden en bestaand beleid.

Soms is staken van behandeling niet mogelijk. Dit artikel gaat niet over cliënten met schizofrenie of cliënten met andere psychotische stoornissen. Deze cliënten hebben vaak behoefte aan levenslange zorg. Bij sommige cliënten zijn er grote zorgen over het welzijn van de kinderen. Behandeling levert dan wel geen positieve resultaten op met betrekking tot de klachten van de cliënt, maar kan mogelijk wel voorkomen dat kinderen (emotioneel) verwaarloosd of mishandeld worden. Het welzijn van de kinderen bepaalt dan het voortbestaan van de therapie. Andere cliënten zijn al tientallen jaren onafgebroken in behandeling en kunnen zich geen leven meer buiten de hulpverlening voorstellen. Hun sociale leven speelt zich grotendeels af op of rond het instellingsterrein, in het activiteitencentrum, de fietsenwerkplaats, tijdens het wekelijkse uurtje sport en de kookcursus. De klachten zijn niet altijd even ernstig meer, de afhankelijkheid van de hulpverlening is dat wel. Het ontslaan van deze cliënten, met alle gevolgen van dien voor hun sociale leven, nadat ze jarenlang zijn gestimuleerd alles binnen de instelling te doen, is bijna onethisch.

LITERATUUR

- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). *Sterke Groei Geestelijke Gezondheidszorg*. Webmagazine, persbericht.
- Constantino, M.J., Arnkoff, D.B., Glass, C.R., Ametrano, R.M., & Smith, J.Z. (2011). Expectations, *Journal of Clinical Psychology*, 67, 184-192.
- Durham, R.C., Chambers, J.A., Power, K.G., Sharp, D.M., Macdonald, R.R., Major, K.A., Dow, M.G., & Gumley, A.L. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland, *Health Technology Assessment*, 9, 1-174.

- GGZ Nederland (2005). *Wachlijsten in GGZ-instellingen op januari 2005*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- GGZ Nederland (2009). *Wachlijsten in GGZ-instellingen op januari 2009*. Amersfoort: GGZ-Nederland.
- Graaf, R. de, Have ter, M., & Dorsselaer, S. (2010). *Psychische Gezondheid van de Nederlandse Bevolking. Nemesis-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Greenberg, R.P., Constantino, M.J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26, 657-678.
- Haan, E. de, Oppen, P. van, Balkom, A.J.L.M. van, Hoogduin, C.A.L., & Dyck, R. van (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in ocd patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 354-361.
- Hilderink, I., & Land, H. van't (2009). *GGZ in Tabellen 2008*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Joele, L. (2011). Eager to please – Jannie en de voodoo. *Directieve Therapie*, 31, 101-111.
- Knoop, H., & Bleijenbergh, G. (2010). *Het Chronisch Vermoeidheidssyndroom. Behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie voor CVS*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lutz, W., Stulz, N., & Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders, *Journal of Affective Disorders*, 118, 60-68.
- Merkies, Y. (2008). *Project Schoon Schip*. Intern rapport GGZ-Delfland.
- Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2003). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2005). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen bij volwassenen (2009). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Sinnema, H., Franx, G., & Land, H. van 't (2009). *Tendrapportage GGZ 2009. Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tummers, M., Knoop, H., Dam, A. van, Wiborg, J.F.W., Wensing, M., & Bleijenbergh, G. (2011). Noodzaak van landelijke implementatie getrapte zorg voor het chronisch vermoeidheidssyndroom, *Gedragstherapie*, 44, 83-93.
- Zitman, F.G. (1976). De meerjarige poliklinische cliënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 331-340.