

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

.....

Korter behandelen of efficiënter behandelen?

MICHEL REINDERS & KATJA BOOT

Samenvatting

.....

Middelen in de ggz zijn schaars. Hoewel er veel dingen goed gaan, zijn er verbeteringen mogelijk op het gebied van de efficiëntie van het behandelproces. Wanneer therapie beschouwd wordt vanuit het oogpunt van efficiëntie, kan dat verbeteringen opleveren, waardoor meer patiënten behandeld kunnen worden en er minder energie (van patiënten en hulpverleners) verloren gaat. In deze bijdrage kijken we naar diverse aspecten van het behandelproces zoals wachtlijsten, verwijzingen, verwachtingsmanagement en behandelingen die te lang voortduren. We geven enkele suggesties voor hoe het behandelproces en de manier waarop het georganiseerd is, verbeterd kan worden.

Trefwoorden: psychotherapie, kortdurend, efficiënt behandelen, organisatie psychologische behandeling, ggz

INLEIDING

.....

In 2012 schreven Arts en Reinders een artikel waarin zij zich afvroegen waarom patiënten en therapeuten doorgaan met een behandeling tot voorbij het punt dat die behandeling gezondheidswinst oplevert. Inmiddels is de roep om korte behandelingen breed te horen en behoort de behandelduur tot een van de prestatie-indicatoren van menige ggz-instelling. In dit artikel betogen we dat korter behandelen geen doel op zich moet worden, maar dat het vooral gaat om efficiënt behandelen. Evidence-based behandelen vormt een onderdeel van efficiënt behandelen, maar beperkt zich voornamelijk tot het toepassen van de juiste protocollen en het volgen van richtlijnen. Ook de manier waarop de zorg georganiseerd is, heeft impact op de uitkomst van de

therapie, zoals blijkt uit het onderzoek van Clark en collega's (2018). Wanneer we patiënten zo goed mogelijk willen behandelen en goed willen omgaan met de beperkte capaciteit van de hulpverlening, moeten we niet alleen kijken naar de kwaliteit van de therapie, maar ook naar de manier waarop de hulpverlening is ingericht. In deze bijdrage zullen we ingaan op efficiënt behandelen en daarover enkele tips geven.


EEN BEDRIJFSKUNDIG UITJE

.....

Wanneer we de hulpverlening als een bedrijfstak zien, kunnen we ons afvragen wat het product is dat wij aan de maatschappij leveren. In onze ogen levert de ggz 'gezondheidswinst' of 'kwaliteit van leven'. Daarvoor zijn bepaalde middelen beschikbaar. Bij die middelen komen we meteen een probleem tegen: de middelen zijn beperkt, zowel in financieel als in personeel opzicht. De hoeveelheid geld is niet onbeperkt en onvoldoende om alle hulpvragers van hulp te voorzien. Ook is geconstateerd dat er de komende jaren een steeds groter tekort zal ontstaan aan klinisch psychologen en gz-psychologen. De vacatures voor psychiaters binnen ggz-instellingen zijn eveneens vaak niet te vervullen (GGZ Nederland, 2018). Dit betekent dat we zo efficiënt mogelijk met middelen moeten omgaan. De centrale vraag luidt: hoe kunnen we met beperkte middelen een zo groot mogelijke gezondheidswinst bewerkstelligen? Daarbij gaat het niet om de gezondheidswinst bij een individuele patiënt, maar om de gezondheidswinst bij de groep patiënten als geheel. Hoe kunnen we met de beperkte middelen die we hebben bij zo veel mogelijk patiënten de kwaliteit van leven verbeteren? Dit betekent dat we keuzes moeten maken: Tot welk punt laten we behandelingen voortduren? Aan welke patiënten besteden we de beschikbare behandel tijd? En welke problematiek behandelen we wel en welke niet?

EFFICIËNT WERKEN

.....

Efficiënt werken is volgens ons geen synoniem voor korter behandelen, maar betekent zo zuinig mogelijk omgaan met de beschikbare middelen. Wanneer is het verstandig om te beslissen een therapie te beëindigen? Een wetenschappelijke onderbouwing is hiervoor niet voorhanden (Koekkoek, van Meijel, Perquin,  Hutschemaekers, 2019). Wij zijn van mening dat zolang de therapie resultaat oplevert er reden is om door te gaan. Levert een therapie geen resultaat op, is er reden om te stoppen. Het laatste uiteraard onder voorwaarde dat er geen behandeling voorhanden is waarvan wel resultaat te verwachten valt. De voortgang van de behandeling wordt gerechtvaardigd door de vooruitgang. Dit betekent dat een behandeling die na 4 maanden niets oplevert mogelijk gestopt kan worden. Als een patiënt na een jaar nog

sprongen vooruit maakt, lijkt dat een rechtvaardiging om de behandeling voort te zetten.

Om het resultaat van de behandeling goed in zicht te krijgen, is het stellen van een concreet behandeldoel per patiënt nodig. Als de therapeut niet weet waar hij heen wil, kan hij ook nooit constateren of de patiënt dichterbij het gewenste resultaat komt. Bovendien loopt de therapeut het risico om te verdwalen (*therapist drift*) zonder dat hij dat in de gaten heeft, omdat hij niet wist waar hij heen wilde met de patiënt (Waller, 2014).

Na het stellen van een concreet behandeldoel zal de therapeut door frequente evaluaties kunnen constateren of er sprake is van vooruitgang in de behandeling. Dat levert snelle informatie op over een mogelijke stagnatie in de therapie, waardoor behandelplannen bijgesteld kunnen worden. Maar het roept ook de vraag op: In hoeverre is het zinnig om met deze patiënt de behandeling voort te zetten? Of moeten we onze beperkte middelen gaan investeren in een patiënt die tot dan toe nog geen behandeling kreeg?

VERWACHTINGSMANAGEMENT EN ANDERE REGULIERE MAATREGELEN TER BEVORDERING VAN EFFICIËNTIE

.....

Een aantal maatregelen kan bijdragen aan efficiënte behandeltrajecten, zoals verwachtingsmanagement, het monitoren van de juiste ‘dosering’ van de therapie en het gestructureerd beëindigen van de therapie door bijvoorbeeld een ‘out-taketeam’.

Het sturen van verwachtingen kan het effect van de therapie versterken en mogelijk ook versnellen, waardoor het therapieproces efficiënter wordt. Wanneer verwachtingen van patiënten rond de therapie niet uitkomen, vergroot dit de kans dat zij vroegtijdig afhaken (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009). Het gevolg is dat de therapie te kort duurt om effectief te kunnen zijn. De stoornis blijft onbehandeld, terwijl er wel tijd en energie geïnvesteerd zijn door zowel patiënt als hulpverlener. Goede voorlichting over bijvoorbeeld de duur van de therapie maakt dat patiënten minder snel afhaken en daardoor beter opknappen (Swift & Callahan, 2011).

Verwachtingen kunnen ook de snelheid van verbetering beïnvloeden. In een studie naar de behandeling van depressie kregen patiënten een behandeling van 8 of 16 weken aangeboden. Patiënten die de 8 weken durende behandeling volgden, bleken na die 8 weken meer opgeknapt te zijn dan patiënten die zich halverwege de 16 weken durende behandeling bevonden (Barkham et al., 1996). De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat de behandeling van 16 weken in deze studie uiteindelijk effectiever bleek, wat niet verwonderlijk is, omdat die patiënten twee keer zoveel sessies kregen. Dit doet weinig af aan de conclusie, namelijk dat patiënten die verwachten snel beter te worden ook daadwerkelijk sneller opknappen. Dat pleit onzes inziens tegen een therapie met een open einde, waarbij geen maximale therapieduur vast-

gesteld wordt. Patiënten kunnen bij een dergelijke therapie het idee krijgen dat het lang kan duren voordat zij opknappen. Helaas gaan sommige patiënten zich dan ook zo gedragen.

Verwachtingen kunnen ook betrekking hebben op de rollen die er voor therapeut en patiënt weggelegd zijn. Sommige therapeuten geven hun patiënten een schriftelijke handleiding mee voor een geslaagde therapie. Denk dan aan zaken als: op de afspraken verschijnen, opdrachten uitvoeren en zaken die de therapie verstoren bespreekbaar maken. Voorlichting over effectief patiëntengedrag kan mogelijk helpen om de effectiviteit van de therapie te vergroten.

Het bevorderen van realistische, positieve verwachtingen over de uitkomst van een behandeling heeft een positief effect op de feitelijke uitkomst ervan (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012; Constantino, Coyne, Boswell, Iles, & Vísilá, 2018). Daarnaast is het soms belangrijk om verwachtingen te temperen. Sommige patiënten willen niet eerder stoppen met de therapie voordat al hun klachten verdwenen zijn. Als patiënten zich realiseren dat zij zich soms moeten neerleggen bij restklachten, kan het hen helpen om de therapie op een optimaal moment te stoppen.

Bij aanvang van een therapie wordt veel aandacht besteed aan onderzoek, analyses, indicatiestelling en behandelplannen. Dit is over het algemeen een zorgvuldig proces. Een dergelijke zorgvuldigheid is veel minder terug te vinden bij het afronden van de therapie (Koekkoek et al., 2019). Tijdens teamvergaderingen zou de duur van de therapie van lopende behandelingen een vast agendapunt moeten zijn. Wij denken dat een ‘out-takebespreking’ zal helpen om behandelingen efficiënter en effectiever te laten verlopen. Daarbij komen vragen aan de orde als: Is het zinvol deze therapie voort te zetten? Zo ja, hoe lang? Zo nee, wat is een goede aanpak om de therapie te beëindigen? Een dergelijke bespreking zal niet alleen helpen om de optimale therapiedosis vast te stellen en beslissingen rond het stoppen van de therapie te rationaliseren, maar zal hulpverleners ook ondersteunen bij het soms ingewikkelde proces van afsluiten.

Wat is de optimale therapiedosis? Onderzoek laat zien dat de optimale dosis tussen 4 en 26 sessies ligt (Robinson, Delgado, & Kellett, 2020). Uit deze cijfers valt te concluderen dat de verschillen in optimale dosering groot zijn, niet alleen per aandoening, maar ook per patiënt. Het is dus weinig efficiënt om de ‘standaarden’ klakkeloos over te nemen, wanneer men een behandelplanning maakt. Om te kunnen bepalen of een therapie optimaal gedoseerd is, zijn metingen en feedback onvermijdelijk. Voor dezelfde goede behandeluitkomsten hebben therapeuten die feedback krijgen minder sessies nodig dan therapeuten die geen feedback krijgen (Delgado et al., 2017; Janse, de Jong, van Dijk, Hutschemaekers, & Verbraak, 2017).

In een kwalitatieve studie naar ontslagprocedures in de specialistische ggz concluderen Koekkoek en collega's (2019): ‘Clear decision making, and terminating treatment when appropriate, is systematically hampered with-

in secondary mental health services. Since continuation is the “easy” default option, discontinuation requires skilful and determined navigation of interpersonal negotiations. Given services’ scarce means, people’s large demands for help, and patients’ unused potential autonomy, it is desirable to invest in decision making skills and procedures – both human and economic benefits may be substantial.’

DOORVERWIJZEN

.....

We gaan ervan uit dat verreweg de meeste doorverwijzingen weloverwogen plaatsvinden, dat de richtlijnen gevolgd worden en dat er goed gekeken wordt of de aanvankelijke diagnoses en analyses nog kloppen, dan wel dat er op grond van veranderde inzichten een andere koers ingezet moet worden. Toch komt het in de praktijk voor dat een patiënt bij wie therapie A en B geen verbetering gaven, wordt doorverwezen naar therapie C simpelweg vanwege het feit dat patiënt therapie C nog niet gehad heeft. Het zou standaard moeten zijn om bij een doorverwijzing allereerst te bekijken op welke klippen eerdere therapieën zijn gestrand en duidelijk te expliciteren hoe in de volgende therapie deze klip vermeden kan worden en waarom die therapie succesvoller kan zijn dan voorafgaande. Het is niet raadzaam om door te verwijzen omdat de patiënt sneu is, ernstig lijdt of omdat de hulpverlener het moeilijk vindt om de patiënt geen alternatief te kunnen bieden. Doorverwijzen zou dus alleen moeten plaatsvinden als een volgende therapie een duidelijke meerwaarde heeft en expliciet gemaakt kan worden waarom die therapie een reële kans op verbetering biedt. Een al te lange waslijst van mislukte behandeltrajecten op het ‘cv’ van de patiënt moet voorkomen worden. Wanneer niet duidelijk is wat de meerwaarde is van een volgende therapie, is het beter om de patiënt klip en klaar te vertellen dat het traject ophoudt. Dat gaat mogelijkwijs in tegen het empathische hart van de hulpverlener, maar is wel nodig om ruimte te scheppen voor de behandeling van andere patiënten. Het aanbieden van een volgende therapie zonder uitzicht op een relevante verbetering in het functioneren van de patiënt slokt kostbare behandel tijd op en leidt tot een verminderde opbrengst van de hulpverlening voor de patiëntengroep als geheel. Het is niet efficiënt en gaat uiteindelijk ten koste van andere patiënten.

Niet alleen zorgvuldig nadenken over verwijzingen naar andere afdelingen of zorgprogramma’s lijkt op zijn plaats. Binnen sommige behandelteams en/of afdelingen zijn bepaalde gewoonten ontstaan rondom het ‘stapelen’ van behandelmodules. Na module X volgt dan bijna automatisch module Y. Een bezinningsmoment over efficiëntie en optimale therapiedosis kan ruimte scheppen om voor andere patiënten de kans op een behandeling te creëren. Daarnaast is het de vraag of een vervolg altijd binnen de ggz moet plaatsvinden.

OVERBRUGGEN

.....

Wanneer eenmaal besloten is dat een doorverwijzing een goede optie is, kunnen we op een volgend probleem stuiten: omdat de afdeling waarnaartoe verwezen wordt het te druk heeft, de patiënt op een wachtlijst komt en voorlopig niet behandeld kan worden, besluit men om te gaan ‘overbruggen’. Met overbruggen is iets vreemds aan de hand. Nadat geconstateerd is dat de patiënt niet geholpen kan worden op polikliniek A en beter af is op polikliniek B, wordt hem toch tijd aangeboden op polikliniek A, waar men juist niet veel voor de patiënt kan betekenen. Misschien wat overdreven geformuleerd, krijgt de patiënt de volgende boodschap: ‘Op onze polikliniek kunnen we niets voor u betekenen, daarom verwijzen we u naar een andere polikliniek, maar omdat daar voorlopig geen plek is, gaan we toch maar gesprekken met u voeren, ook al denken we dat die nergens toe leiden.’ Het gevolg is dat ook polikliniek A vol zit en het polikliniek B niet lukt om patiënten naar polikliniek A te verwijzen om ruimte te maken voor een patiënt die op behandeling wacht. De vraag luidt: is een efficiëntere aanpak mogelijk? Er zijn diverse mogelijkheden. De eerste optie is: ga niet overbruggen en besteed geen tijd aan contacten die niet bijdragen aan de gezondheidswinst van de verwezen patiënt of die beter besteed kan worden aan de gezondheidswinst van een andere patiënt. Een tweede optie is: formuleer voor de patiënt een duidelijk doel voor de overbruggingsperiode, een subdoel, waarmee de patiënt in ieder geval een kleine stap vooruit kan maken. Het motto van deze optie luidt: geen overbruggingscontact zonder therapeutische doelstelling. Het lijkt ons sowieso niet te verantwoorden dat er een sessie plaatsvindt zonder een duidelijk geformuleerd doel voor het betreffende contact. Een derde optie luidt: niet doorverwijzen, maar de patiënt op de eigen polikliniek behandelen. Wellicht is het beter om een patiënt een suboptimale behandeling te geven dan hem op een wachtlijst te plaatsen van een andere afdeling, waardoor er voorlopig geen behandeling kan plaatsvinden, zelfs geen suboptimale. Wachtlijsten hebben een negatieve invloed op het resultaat van de therapie (Clark et al., 2018). In sommige instellingen staan ‘schotten’ tussen de afdelingen, waardoor men geen patiënten behandelt die niet tot de corebusiness van de betreffende polikliniek behoren. Iets meer ruimte (minder ‘verschotting’) om op poliklinieken problematiek te behandelen die niet tot de corebusiness behoort, zou de efficiëntie ten goede komen.

DROP-INS

.....

Met ‘drop-ins’ bedoelen we patiënten die zich wel aanmelden en op de caseload blijven staan, maar die op de een of andere manier niet in behandeling komen of zeer sporadisch verschijnen. De meest voorkomende redenen daar-

voor zijn dat het moment waarop de therapie plaatsvindt hen niet uitkomt, zij het te druk hebben met andere zaken, soms voor langere tijd in het buitenland verblijven, geen kinderopvang kunnen realiseren voor de momenten van de therapie of dat een andere behandeling om voorrang vraagt (zoals een operatie). Veelal is onduidelijk of dergelijke situaties ooit zullen veranderen en of er op termijn een effectieve therapie kan gaan plaatsvinden. Hoewel de argumenten van patiënten om voorlopig niet te starten met therapie vaak valide zijn, is het resultaat dat er geen effectieve behandeling plaatsvindt.

Zulke drop-ins willen vaak wel op de wachtlijst blijven staan en de hulpverleners staan toe dat dit gebeurt. Hoewel deze mensen niet verschijnen, kosten ze toch extra tijd: administratieve systemen geven meldingen van verlopen behandelplannen of van het feit dat zulke patiënten langere tijd niet zijn geweest. Aan die meldingen moet tijd worden besteed. Er wordt contact gezocht met de patiënt, die soms niet reageert, waarna een herinneringsbericht gestuurd wordt. Geleidelijk raakt de wachtlijst vervuld, waardoor onduidelijkheid ontstaat over wanneer andere patiënten in behandeling genomen kunnen worden. Om dit soort ondoorzichtige therapeutische relaties te voorkomen is het goed om patiënten bij aanvang van de therapie te melden dat dossiers automatisch gesloten worden wanneer patiënten 2 maanden niet verschenen zijn terwijl ze daartoe wel zijn uitgenodigd.

WACHTLIJSTEN EN TERUGKEERGARANTIE

.....

Wachtlijsten vormen niet alleen een belemmering wanneer een patiënt in therapie wil komen, maar kunnen ook een belemmering vormen bij ontslag. Rond de beëindiging van de therapie voelen veel patiënten zich onzeker. Gaan ze het redden zonder de steun van de therapeut? Is de verbetering blijvend of ligt terugval op de loer? Råbu, Binder en Haavind (2013) benadrukken het belang van een gevoel van veiligheid bij patiënten rond de beëindiging van de therapie. Patiënten herinneren zich nog hoe lang ze moesten wachten voordat ze in therapie konden komen en zullen ongetwijfeld bang zijn om bij terugval weer onder aan de wachtlijst te belanden. Dit motiveert hen om in therapie te blijven tot aan het moment dat zij het gevoel hebben dat de verbetering bestendig is. Aangezien zekerheid met de tijd komt, legt het verwerven van zekerheid beslag op de tijd van de therapeut. Dat is tijd die niet tot extra verbetering leidt en niet besteed kan worden aan patiënten die op de wachtlijst staan. Is daarvoor een remedie? Een van de mogelijke oplossingen is om patiënten een 'terugkeergarantie' te geven, dat wil zeggen dat zij bij terugval met voorrang weer in therapie kunnen komen. Anders geformuleerd: als een patiënt zo dapper is om tijdig de 'sprong in het diepe' te wagen, beloont de therapeut hem met de garantie dat hij direct weer in behandeling genomen wordt wanneer de sprong mislukt. Het is onze ervaring dat patiënten slechts sporadisch een beroep doen op de terugkeergarantie.

BEËINDIGEN VAN LANGDURIGE THERAPEUTISCHE RELATIES

110

.....

De meeste patiënten reageren begripvol wanneer een therapeut aankomt dat hun therapie niet eeuwig kan duren en er ergens een punt gezet moet worden, ook al zijn niet alle klachten verdwenen. Een enkele keer komt het voor dat een patiënt niets wil weten van beëindiging van zijn therapie en het hem lukt om de hulpverlener ervan te overtuigen dat voortzetting van de therapie onontkoombaar is. Het resultaat is dat we in de caseload soms patiënten aantreffen die 3 tot 5 jaar in behandeling zijn zonder dat er een wezenlijke verbetering is opgetreden sinds het moment van intake. Het zijn juist de langdurige behandelingen die het merendeel van de kosten veroorzaken in de ggz (Koekkoek et al., 2019).

Wat maakt het ingewikkeld om een behandeling te beëindigen? We kunnen het proces bezien in het licht van botsende belangen. De patiënt heeft begrijpelijkerwijs alleen rekening te houden met zijn eigen belang. Op de een of andere manier hebben sommige patiënten het idee dat het in hun belang is om in therapie te blijven, bijvoorbeeld omdat de patiënt het gevoel heeft dat hij het leven niet aankan zonder steunende gesprekken van de therapeut. De hulpverlener heeft naast het belang van de betreffende patiënt rekening te houden met andere factoren, waaronder het belang van patiënten die op de wachtlijst staan, afspraken met zorgverzekeraars om een bepaald volume nieuwe patiënten te behandelen, enzovoort. Daardoor kan de hulpverlener tot de conclusie komen dat doorgaan met de therapie bij een bepaalde patiënt niet langer prioriteit heeft. Die keuze kan de hulpverlener rechtvaardigen door een gebrek aan resultaat van de therapie of doordat de optimale therapiedosis bereikt is. Volgens Koekkoek en collega's (2019) is het beslisproces rond het beëindigen van een therapie voor veel verbetering vatbaar. In hun onderzoek komt onder andere naar voren dat beslissingen vaak ongestructureerd zijn, geen vast punt op de teamagenda vormen, de redenen voor de beslissing vaak vaag blijven en afhankelijk zijn van de sfeer in een team.

Wanneer het tot een gesprek komt over het beëindigen van de therapie, weten sommige patiënten de hulpverlener zover te krijgen dat de therapie niet beëindigd wordt. De aanpak die zulke patiënten hanteren om hun belang te verdedigen varieert: de patiënt maakt de therapeut duidelijk dat hij zich zonder diens steun niet kan handhaven en dat suïcide de enige overblijvende optie is; de patiënt kan de hulpverlener verwijten maken ('Ook u laat mij in de steek'); de patiënt kan benadrukken hoe waardevol de therapie en de adviezen van de therapeut zijn ('U bent de enige die mij begrijpt'); of de patiënt kan wijzen op het scala aan klachten dat hij nog heeft en dat hij in deze toestand niet naar huis gestuurd kan worden. Wanneer het resultaat is dat de therapie voortgezet wordt of de patiënt naar een collega wordt doorverwezen voor een volgende fase in de therapie, mag geconcludeerd worden dat de patiënt zijn belangen adequater behartigd heeft dan

de therapeut. Eerlijk gezegd verdient dat bewondering. Tegelijk maakt het duidelijk dat therapeuten niet altijd in staat zijn om hun belang goed te verdedigen. Dat kan aan verschillende dingen liggen: soms gaan therapeuten het gesprek met de patiënt over beëindiging van de therapie tamelijk naïef en slecht voorbereid in. Zij onderschatten de gave van de patiënt om in therapie te blijven. Valkuilen daarbij kunnen de ‘zwakheden’ van de therapeut zijn, zoals slecht tegen verwijten kunnen (‘Ook u laat me in de steek’), angst voor mogelijke gevolgen (suïcide), medeleven (‘Iemand die zo veel ellende op zijn bord heeft, laat je niet in de steek’), ruzie willen vermijden en de hang om zaken in harmonie op te lossen (Råbu et al., 2013).

GOEDE AFRONDING

.....

We gaan ervan uit dat de patiënt adequaat behandeld is, alle opties zijn doorgenomen en dat er in het team consensus is over de juistheid van het besluit om de therapie te beëindigen. Voor een goede afronding is een goede voorbereiding en een goed plan nodig. De therapeut zal alle details van het dossier moeten kennen, zodat hij tijdens het gesprek met de patiënt niet ‘betrap’t wordt op een lacune in zijn kennis over de situatie van de patiënt, de voorgaande therapieën en de resultaten daarvan. Vervolgens zal er een duidelijk verhaal moeten komen met uitleg waarom de therapie zal stoppen. In dat verhaal kan de therapeut vertellen dat de therapie geen resultaat oplevert, dat het maximale bereikt is of dat er (helaas) niets meer te bieden valt aan de patiënt. Soms zal de therapeut moeten uitleggen dat er aan basale voorwaarden voor een succesvolle therapie niet is voldaan, zoals regelmatig verschijnen op de afspraken en dat het doen van een therapie niet verantwoord is in een dergelijk lage frequentie. Het verhaal zal met respect voor de patiënt verteld moeten worden, waarbij er erkenning is voor de inspanningen van de patiënt, zijn lijden en de onmogelijkheid om nog iets aan zijn situatie te veranderen. Verwijten aan de patiënt, bijvoorbeeld over zijn inzet, zijn niet alleen zinloos, maar ook schadelijk.

Soms is het handig om een onderhandelingsmarge in te bouwen. Bij heftige bezwaren van zijn kant kan de patiënt bijvoorbeeld een kleine tegemoetkoming krijgen, zoals een verschuiving van de aanvankelijk voorgestelde einddatum met een maand, indien de patiënt zich daarbij beter voelt. Belangrijk is om het doel van de onderhandeling daarbij niet uit het oog te verliezen, namelijk beëindiging van het contact. Het is ook belangrijk dat familie en andere belangrijke mensen in de omgeving van de patiënt op de hoogte zijn van de overwegingen. Denk daarbij aan de huisarts.

Het proces van stoppen zal waarschijnlijk meerdere gesprekken vergen, waarbij de therapeut moet verdragen dat er onbegrip, boosheid of suïcidereiging is, en dat hem verwijten gemaakt worden of de patiënt in crisis raakt. Om het proces zo goed mogelijk te begeleiden is supervisie of regelmatige consultatie belangrijk.

Michel Reinders is klinisch psycholoog en **Katja Boot** is klinisch psycholoog in opleiding. Beiden werken bij GGZ in Geest. *Correspondentieadres*: Mi.Reinders@ggzingeest.nl.

Summary *Shorter treatment or more efficient treatment?*

Resources in mental health care are scarce. Whilst many things go well, there is room for improvement regarding efficiency in the treatment process. Considering the efficiency of mental health care is suggested to improve clinical outcomes and allows more patients to be treated and less energy (from both patients and therapists) to be spilled. In this article, we discuss aspects of the treatment process, such as waiting lists, referrals, expectation management, and difficulties in terminating therapy. We give some suggestions on how to improve the treatment process and the way it is organized.

Keywords *psychotherapy, brief therapy, efficiency in treatment, organizing psychological treatment, mental health*

Literatuur

- Arts, W., & Reinders, M. (2012). Het afsluiten van eideloze behandelingen. *Gedragstherapie*, *45*, 405-416.
- Aubuchon-Endsley, N. L., & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic from role expectancies. *Training and Education in Professional Psychology*, *3*, 120-126.
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., ... Harrington, V. M. G. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1079-1085.
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Jenecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): An analysis of public data. *Lancet*, *391*, 679-86.
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, *49*, 557-569.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Víslá, A. (2018). A meta-analysis of the association between patients' early perception of treatment credibility and their post-treatment outcomes. *Psychotherapy*, *55*, 486-495.
- Delgado, J., Overend, K., Luccock, M., Groom, M., Kirby, N., McMillan, D., ... de Jong, K. (2017). Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology. *Behaviour Research and Therapy*, *99*, 89-97.
- GGZ Nederland. (2018, 31 april). *Perseoneelstekorten ggz nemen alleen maar toe*. Geraadpleegd op 7 maart 2020, van www.ggz nederland.nl/actueel/perseoneelstekorten-ggz-nemen-alleen-maar-toe
- Janse, P. D., de Jong, K., van Dijk, M. K., Hutschemaekers, G. J. M., & Verbraak, M. J. P. M. (2017). Improving the efficiency of cognitive behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, *27*, 525-538.

- Koekkoek, B., van Meijel, B., Perquin, A., & Hutschemaekers, G. (2019). Decision making on (dis)continuation of long-term treatment in mental health services is an interpersonal negotiation rather than an objective process: Qualitative study. *BMC Psychiatry, 19*, 92.
- Råbu, M., Binder, P., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counseling, 15*, 274-295.
- Robinson, L., Delgado, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research, 30*, 79-96.
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2011). Decreasing treatment dropout by addressing expectations for treatment length. *Psychotherapy Research, 21*, 193-200.
- Waller, G. (2014). Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift. *GEDRAGSTHERAPIE, 47*, 206-231.