

**Het begrenzen van de behandelduur bij cliënten met een angst- of  
stemmingsstoornis.**

Obstakels en uitdagingen voor behandelaren.

**Naam:** Stefan van der Ven

**Student nummer:** S0180254

**Datum:** 21/04/2014

**Interne begeleider:** E. de Kleine

**Externe begeleider:** V. van Bruggen

## **Abstract**

Recent data shows that there is an increase in protocolled treatments in mental health care.

Nevertheless a substantial group of patients fails to complete therapy in time and therefore undergoes long-term therapy. This research is focused on the obstacles and challenges therapists face in limiting the duration of treatments for patients with an anxiety or mood disorder. The research is done using a semi-structured interview among 17 practitioners.

One conclusion is that some of the patient on the department anxiety- and mood disorders have severe problems which can't be treated in a therapy of one and a half year. It is unrealistic to wield a guideline of therapy duration of one and a half year for all patients.

Another conclusion is that therapist have difficulty stopping therapy because of a personal feeling of responsibility and because they find it hard to disappoint their patients. The challenge for therapist is to create realistic expectations for the patients and adequately prepare patients for the closing of therapy.

Third conclusion is that objectives should be more specific and less focused on symptoms. In addition, the objectives should be the centre of the therapy. Surprisingly, the duration of therapy is insufficiently covered in directives and is hardly disclosed to patients. The challenge for therapists is to discuss the duration of therapy and therapy objectives with the patient at the start of, as well as during, therapy. For this, therapists require the support and guidance of their team.

## **Samenvatting**

Ondanks een toename in voorgeschreven geprotocolleerde en afgebakende behandelingen blijkt een aanzienlijk deel van de cliënten langdurig in behandeling. In dit onderzoek is gekeken naar de oorzaken en oplossingen die behandelaren voor zichzelf zien in het beperken van de behandelduur voor cliënten met een angst- of stemmingsstoornis, middels een semigestructureerd interview onder 17 behandelaren.

Er wordt geconcludeerd dat de problematiek van cliënten op de afdeling angst- en stemming te divers is om de richtlijn van een maximale behandelduur van anderhalf jaar te stellen bij alle cliënten. Daarnaast wordt er geconcludeerd dat langdurige behandeling wordt veroorzaakt, doordat het door behandelaren moeilijk wordt gevonden de behandelrelatie te verbreken uit verantwoordelijkheidsgevoel en moeite om de cliënt teleur te stellen. De uitdaging voor behandelaren is het creëren van realistische verwachtingen bij de cliënt en hen adequaat voor te bereiden op afronding van behandeling.

Ten aanzien van doelgericht werken wordt geconcludeerd dat de formulering van doelen concreet en minder klacht gerelateerd moet. Daarnaast horen doelen centraal in de behandeling te staan. Het valt op dat richtlijnen omtrent behandelduur regelmatig tekort schieten en onvoldoende kenbaar worden gemaakt richting de cliënt. De uitdaging voor behandelaren is het bespreken van de behandelduur en behandeldoel met de cliënt voorafgaand en tijdens de behandeling en tijdens evaluaties. Behandelaren zien bovendien in het doelgericht werken een belangrijke rol voor het team in steun en sturing.

## Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	5
2. Onderzoeksmethode .....	9
2.1 Deelnemers .....	9
2.2 Materialen .....	10
2.3 Procedure .....	10
2.4 Analyse .....	11
3. Resultaten.....	14
3.1 Behandelrelatie .....	14
3.2 Doelgericht werken .....	16
4. Discussie .....	20
5. Referenties .....	26
7. Bijlagen .....	27

# **1. Inleiding**

## **Stagnerende zorg aan cliënten**

In de periode van 2003 tot 2010 is er in Nederland een toename in het aantal mensen dat gediagnosticeerd en behandeld wordt voor een psychische stoornis (Nuijen, Knispel, & Verbeek, 2012). Door de toename van de instroom neemt de druk om efficiënt te werken in de zorg toe. Waar voorheen jarenlange psychotherapie werd gegeven, wordt nu in toenemende mate gebruik gemaakt van geprotocolleerde en afgebakende behandelingen (Reinders & Heene, 2010). De grootste groep cliënten in de GGZ hebben een angst- en/of stemmingsstoornis. Voor angststoornissen is de incidentie 1,69 per 100 persoonsjaren en voor stemmingsstoornissen 1,65 per 100 persoonjaren. Deze twee groepen zijn significant groter dan bijvoorbeeld de groep van cliënten met een middelenstoornis, waarvan de incidentie 0,97 per 100 persoonsjaren is (Graaf, Have, & Dorsselaer, 2010). Het doel van dit onderzoek is om te achterhalen welke obstakels en oplossingen behandelaren bij zichzelf zien in het beperken van de behandelduur van cliënten met een angst- of stemmingsstoornis.

Ondanks het streven naar een korte en efficiënte behandeling, duurt 24% van de behandelingen van volwassenen in de GGZ meer dan een jaar (Nuijen, et al., 2012). Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt een behandeling langer dan één jaar als chronisch (langdurig) beschouwd (Vanderereycken, Hoogduin, & Emmelkamp, 2008). Bij een kwart van de cliënten kan dus worden gesproken van chronische problematiek. Het langdurig behandelen van deze patiënten groep drukt zwaar op het zorg systeem in Nederland. Hierbij speelt mee dat over de afgelopen 6 jaar de instroom gemiddeld 9% groter is dan de uitstroom (Nuijen, et al., 2012). In 2010 is ten opzichte van 2009 de wachtlijst met 7% toegenomen. In totaal wachten 27.800 cliënten langer op zorg dan de treek norm (landelijk norm voor aanvaardbare wachttijden) voorschrijft (GGZ-Nederland, 2010).

Hieruit blijkt dat het systeem verstopt raakt. Doordat economische middelen beperkt zijn en verzekeraars in de huidige economische omstandigheden minder zorg inkopen, bestaat het risico op verdere verstopping van het zorgsysteem (Dorresteyn, 2014).

## **De invloed van langdurige behandeling op cliënten en behandelaren**

Naast de logistieke en organisatorische problemen, die het langdurig behandelen van cliënten met zich mee brengen, heeft dit ook gevolgen voor cliënten en behandelaren. Door de lange afhankelijkheid van zorg, worden scherpe behandeldoelen snel uit het oog verloren. Daarnaast zullen lange behandelingen de hoop op verandering geleidelijk doen afnemen, hierdoor daalt de verwachting van de impact die een behandeling zal hebben (Hellenbrand, Tiemens, & Appel, 2007). Dit alles zal de betrokkenheid van de cliënt bij zijn eigen proces doen afnemen. Bovendien zal de cliënt sneller geneigd zijn om op de hulpverlener te gaan leunen, in plaats van zelf actief aan oplossingen te werken. Ten slotte zal een langdurige behandeling negatieve gevolgen hebben voor het maatschappelijk

functioneren van de cliënt (Stoffer, 2001). Het is daarom van belang om de behandelduur indien mogelijk zo beperkt mogelijk te houden.

### **Het voortduren van behandelingen.**

Het is opmerkelijk dat een kwart van de cliënten langer dan een jaar wordt behandeld, het is niet enkel ongunstig voor cliënten, hulpverleners en organisaties, het is in veel gevallen ineffectief. Er wordt aangegeven dat het verlengen van behandelingen in het algemeen een minimaal effect heeft op het succes van de behandeling (Cuijpers, Huibers, Daniel Ebert, Koole, & Andersson, 2013). Uit onderzoek blijkt dat cliënten met een angst- of stemmingsstoornis na 10 sessies in veel gevallen geen grote verbetering in functioneren laten zien (Durham et al., 2005; Reinders & Heene, 2010). Hierbij moet een kanttekening worden geplaatst dat in het onderzoek van Durham (2005) cliënten met een enkelvoudige angst- stemmingsstoornissen snelle verbetering in kwaliteit van leven tonen, echter in de gevallen dat de behandeling wordt verlengd, sprake is van ernstigere en complexere problematiek, waarbij volledig herstel nauwelijks optreedt en de klachten een chronisch beloop kennen.

Het blijkt dat slechts 50 tot 75% van de cliënten baat heeft bij een behandeling. Echter in de gevallen dat de behandeling niet aanslaat, wordt in veel gevallen toch door behandeld (Arts & Reinders, 2013). Dat betekent dat een aanzienlijke groep cliënten in behandeling is, die niet beter gaat worden als gevolg van de behandeling. Hulpverleners zouden dus regelmatig een keuze moeten maken of een behandeling moet worden vervolgd, of dat de behandeling moet worden afgebroken voordat de doelstellingen zijn behaald.

### **Obstakels in de afronding van behandelingen.**

Het is als behandelaar niet eenvoudig om een behandeling te beëindigen voordat de gestelde doelen zijn behaald. Ten eerste moet het duidelijk zijn dat een behandeling niet werkt, hiervoor is het nodig dat duidelijk is of behandeldoelen bereikt zijn. Echter in de meerderheid van de behandelingen wordt er niet of beperkt gebruik wordt gemaakt van protocollen en een doelgerichte werkwijze. Hierdoor ontbreekt er sturing in de behandeling. Het kan dan lange tijd onduidelijk zijn wanneer een behandeldoel is behaald (Hellenbrand, et al., 2007). Opvallend is dat er slechts in 28% van de behandelingen de richtlijnen voor behandeling en behandelduur worden nagevolgd (Arts & Reinders, 2013).

Ten tweede kunnen er in de behandelrelatie met de cliënt obstakels spelen die het voor behandelaren moeilijk maken om tot het afsluiten van de behandeling te komen (Arts & Reinders, 2013). De behandelrelatie en de professionaliteit van de behandelaar zijn van grote invloed op de behandeling. Het is van meer invloed dan de therapie, met bijbehorende protocollen, op het tijdig afronden van de behandeling (Reinders & Heene, 2010). Voorbeelden van obstakels voor behandelaren zijn: Behandelaren vinden het lastig om cliënten teller te stellen; niet willen toegeven

dat een behandeling niet werkt; bang zijn voor de reactie van de cliënt; behandelaren zijn bang voor de gevolgen voor de cliënt van het voortijdig afsluiten van de behandeling (Arts & Reinders, 2013).

### **Oplossingen en maatregelen ter begrenzing van de behandeling.**

Het is van belang dat behandelaren de behandeling tijdig beëindigen. In het hier volgende stuk zullen verschillende oplossingen en maatregelen worden beschreven die behandelaren stimuleren om behandelingen tijdig te beëindigen. Hierbij wordt aandacht besteed aan doelgerichte werkwijze en de behandelrelatie met de cliënt.

Ten aanzien van doelgericht werken is het van belang dat de cliënt voorafgaand aan de behandeling bewust is van de duur van de behandeling. Tijdens de behandeling is het wenselijk de cliënt te herinneren hoeveel sessies er zijn geweest en hoeveel er nog gaan komen. Het gevolg hiervan is dat de cliënt wordt stilgezet bij de vorderingen, duidelijkheid heeft en wordt gemaand om gefocust met de doelen aan de gang te gaan. Er ontstaat een kijkdoos effect, waarbij de cliënt voor zichzelf een beeld moet scheppen, waarbij hij/zij ziet waar de eerste stap tot ligt tot herstel (Stoffer, 2001).

Een ander instrument om doelgericht te werken zijn tussentijdse evaluaties. Hierdoor is er een duidelijke terugkoppeling met de doelen en wordt het effect van de behandeling duidelijk. Op basis van een evaluatie hebben cliënt en behandelaar een eenvoudige ingang om tot bijstellen van behandeldoelen te komen, of indien nodig de behandeling te kunnen beëindigen (Hellenbrand, et al., 2007; Stoffer, 2001).

De verwachtingen van de cliënt beïnvloeden zijn motivatie en daarmee het succes van de behandeling. Het is van belang om verwachtingen uit te spreken in het begin van de behandeling en haalbare doelen te formuleren, waar tijdens de behandeling geregeld op terug wordt gekomen, hierdoor is de kans op een succesvolle behandeling groter (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011). Daarnaast toont onderzoek van Constantino (2011) aan dat de effectiviteit van de behandeling deels afhankelijk is van realistische positieve verwachtingen van de cliënt met betrekking tot de uitwerking die de therapie zal hebben. Er wordt enerzijds aangegeven dat de behandelaar zijn verwachtingen moet afstemmen op de verwachtingen van de cliënt en anderzijds dat de verwachtingen in lijn dienen te zijn met de aard van de stoornis. Een disbalans tussen beide factoren leidt tot demotivatie van de cliënt en afhankelijkheid van de hulpverlener (Constantino, et al., 2011).

Zowel cliënt als behandelaar dienen doordrongen te zijn van het feit dat de verantwoordelijkheid voor verandering bij de cliënt ligt. Een middel om dit te bereiken is door de eindigheid van de behandeling te bespreken. Waardoor de cliënt bewust wordt dat de hulp eindig is en hij/zij uiteindelijk voor zichzelf moet zorgen (Stoffer, 2001).

## **De afdeling angst- en stemmingsstoornissen.**

In dit onderzoek wordt gefocust op de behandelaarfactoren, die van invloed zijn op de behandelduur van cliënten met een angst- en/of stemmingsstoornis. Dit onderzoek is uitgevoerd op de afdeling angst- en stemmingsstoornissen van GGZ instelling zorggroep Dimence te Deventer. Op deze afdeling worden cliënten behandeld met als hoofddiagnose een stemmingsstoornis (51%), angststoornis (29%), persoonlijkheidsstoornis cluster C (15%) of een somatoforme stoornis (4%). Op deze afdeling is op dit moment 39% van het totaal aantal cliënten langer dan anderhalf jaar in behandeling.

## **Onderzoeksvragen.**

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt:

*Welke obstakels en oplossingen zien behandelaren van de afdeling Angst en Stemming van Dimence, te Deventer, bij zichzelf in het beperken van de behandelduur tot maximaal anderhalf jaar?*

Zoals beschreven kunnen er verschillende obstakels worden ervaren in het tijdig afsluiten van behandelingen bij cliënten. Er is gekeken welke obstakels worden ervaren door behandelaren op deze afdeling, waarbij er tevens is gekeken wat behandelaren persoonlijk weerhoudt om behandelingen tijdig af te sluiten.

Tevens is er gekeken welke maatregelen in de verschillende stadia van de behandelingen helpend zijn om behandelingen tijdig af te ronden.

De onderzoeksvragen in dit onderzoek luiden:

- 1) *‘Wat zien behandelaren bij zichzelf als oorzaak dat behandelingen van bepaalde cliënten op de afdeling Angst & Stemming langer dan anderhalf jaar duren?’*
- 2) *‘Wat zien behandelaren als oplossing om behandelingen korter dan anderhalf jaar te laten duren?’*

Er wordt verwacht dat behandelaren obstakels in de behandelrelatie beschrijven als voornaamste oorzaak voor langdurige behandeling. Aangezien de invloeden van de behandelrelatie en de professionaliteit van de behandelaar meer van invloed zijn dan de therapie, met bijbehorende protocollen.

Ten aanzien van oplossingen om behandelingen korter dan anderhalf jaar te laten duren wordt er verwacht dat een breed scala aan oplossingen in de verschillende stadia van de behandeling worden aangedragen, die zijn gericht om de behandelrelatie te beïnvloeden. Aangezien er is aangegeven dat de verwachting is dat de behandelrelatie de meest gerapporteerde oorzaak is van langdurige behandeling, wordt er verwacht dat de meeste oplossingen in het verlengde hiervan zullen liggen.



## 2. Onderzoeksmethode

### 2.1 Deelnemers

Dit onderzoek vond plaats bij Dimence te Deventer binnen de afdeling Angst en Stemming. Om deel te nemen aan het onderzoek moest de deelnemer één van de volgende functies bekleden op het moment van onderzoek: psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog (afgekort gz-psychologen), psychotherapeut, klinisch psycholoog, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (afgekort SPV), verpleegkundig specialist.

Voor het onderzoek zijn in totaal 17 behandelaren face-to-face geïnterviewd. De werving van de behandelaren vond plaats op basis van de inclusiecriteria en beschikbaarheid. De demografische gegevens van de geïnterviewde behandelaren zijn opgenomen in tabel 1.

Tabel 1 Demografische gegevens van de geïnterviewde behandelaren

	(n=17)
<b>Geslacht</b>	
Man	6
Vrouw	11
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	36
<b>SD</b>	9.83
<b>Werkervaring</b>	
Gemiddeld aantal jaren werkzaam in werkveld	10,76
<b>SD</b>	9,22
Gemiddeld aantal jaren werkzaam op afdeling	2,24
<b>SD</b>	1,52
<b>Functie</b>	
Basis Psycholoog*	4
GZ psycholoog*	7
Psychotherapeut	1
Klinisch psycholoog	3
SPV	2
<b>Gemiddelde caseload</b>	25.36
<b>SD</b>	24.73
<b>Range</b>	12-120
<b>Gemiddeld aantal cliënten langdurig in behandeling (&gt;18 maanden)</b>	4,00
<b>SD</b>	6,90
<b>Range</b>	0-30

\*Hieronder vallen psychologen in opleiding, bijvoorbeeld GZ-psycholoog i.o. tot Klinisch psycholoog

## **2.2 Materialen**

De data werden in dit onderzoek verzameld door middel van een semi-gestructureerd interview. De vragen zijn vooraf opgesteld, maar bieden ruimte om door te vragen. De doorvraag mogelijkheden zijn opgenomen in het protocol voor interview afname (zie bijlage I), om de betrouwbaarheid van de data te waarborgen. Daarnaast is het interview opgenomen met audio apparatuur, met toestemming van de deelnemer. De audio-opname is gebruikt om het interview uit te schrijven. Daarna werd de opname verwijderd.

Voorafgaand aan het interview is de behandelaar gevraagd een toestemmingsverklaring te ondertekenen. In deze toestemmingsverklaring staat informatie over het onderzoek en de interviews en informatie over het waarborgen van de anonimiteit.

Tijdens het interview werd gebruik gemaakt van de caseload van de behandelaar. Het secretariaat van de afdeling heeft uitgezocht wat de caseload van elke behandelaar was en een uitgeprinte versie aan de behandelaar gegeven.

## **2.3 Procedure**

In de maanden voorafgaand aan het onderzoek zijn de behandelaren op verschillende manieren geïnformeerd over het doel van het onderzoek en hun aandeel hierin. Daarnaast hebben de behandelaren een week voor de interviews per mail een herinnering ontvangen voor het interview. Hierin werd ook de toestemmingsverklaring gemaïld met de vraag deze voor het interview door te nemen.

Het interview is opgesteld en na het opstellen van het interview volgde een pre-test. Deze pre-test is uitgevoerd bij een GZ-psycholoog, behandelaar op de afdeling Angst & Stemming bij Dimence Deventer. Aan de hand van deze pre-test, zijn de interviewvragen aangescherpt. Vervolgens zijn de interviews face-to-face afgenomen. De afname van het interview werd door één van de onderzoekers gedaan. Voor de interviews was een uur gereserveerd.

## 2.4 Analyse

### Onderzoeksvragen gekoppeld aan interviewvragen.

Ter beantwoording van de hoofdvraag: *‘Welke obstakels en oplossingen zien behandelaren bij zichzelf in het beperken van de behandelduur tot maximaal anderhalf jaar van cliënten op de afdeling Angst en Stemming van Dimence, te Deventer?’*, zijn onderzoeksvragen opgesteld. Op basis van deze onderzoeksvragen is het interview ontwikkeld.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag (1): *‘Wat zien behandelaren bij zichzelf als oorzaak dat behandelingen van bepaalde cliënten op de afdeling Angst & Stemming langer dan anderhalf jaar duren?’*, is gekeken naar interview vragen 2,3,4,5,7 en 8, met bijbehorende subvragen (zie tabel 2).

Ter beantwoording van onderzoeksvraag (2): *‘Wat zien behandelaren als oplossing om behandelingen korter dan anderhalf jaar te laten duren?’*, is gekeken naar interviewvragen 6, 11 en 12, met bijbehorende subvragen (zie tabel 2).

De data zijn verwerkt in de resultaten, ondersteund met citaten<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Enkele citaten zullen zijn bewerkt om de leesbaarheid te verhogen.

Tabel 2 Interviewvragen

<b>Vraag nummer:</b>	<b>Interview vragen bij onderzoeksvraag 1*:</b>
2	Is er een richtlijn omtrent behandelduur bij behandelingen?
3	Wordt er aan het begin van de behandeling samen met de cliënt vastgesteld hoelang de behandeling zal duren?
3a	Vindt u dat er een maximale behandelduur zou moeten zijn?
3b	Hoe wordt die richtlijn voor behandelduur gehanteerd?
3c	Hoe ziet die verlenging er uit?
4	Worden er vooraf doelen opgesteld?
5	Wat betreft cliënten die langer dan 1,5 jaar in behandeling zijn: in hoeverre bestaat er verwachting dat door doorbehandelen doelen worden behaald?
7	Wat ziet u als behandelaar als mogelijke oorzaak dat behandelingen van bepaalde cliënten op de afdeling Angst & Stemming langer dan anderhalf jaar duren?
7b	welke oorzaak ziet u bij uzelf als mogelijke oorzaak dat de behandeling langer dan anderhalf jaar duurt?
8	Stel... U heeft een cliënt langer dan 1,5 jaar in behandeling en u zou deze behandeling moeten stoppen. Wat zou het voor u als behandelaar lastig maken om deze behandeling te beëindigen?
<b>Vraag nummer:</b>	<b>Interview vragen bij onderzoeksvraag 2**:</b>
6	Op welke wijze stimuleert u de cliënt om tijdig tot het afronden van de behandeling te komen?
11	Wat ziet u als oplossing om de behandeling van cliënten binnen anderhalf jaar te stoppen?
12	Welke maatregelen zouden moeten worden genomen om het tijdig afsluiten van behandelingen te bevorderen?
12a	(...) in een vroeg stadium
12b	(...) tijdens de behandeling
12c	(...) aan het einde van de behandeling

\* *Onderzoeksvraag 1: 'Wat zien behandelaren bij zichzelf als oorzaak dat behandelingen van bepaalde cliënten op de afdeling Angst & Stemming langer dan anderhalf jaar duren?'*

\*\* *Onderzoeksvraag 2: 'Wat zien behandelaren als oplossing om behandelingen korter dan anderhalf jaar te laten duren?'*

## **Betrouwbaarheid.**

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview. De vragen zijn vooraf opgesteld, maar bieden ruimte om door te vragen. De doorvraag mogelijkheden zijn opgenomen in het protocol voor interview afname (zie bijlage I).

Bij het opstellen van het coderingsschema, zijn aan de hand van literatuur en de pre-test 'sensitizing concepts' opgesteld. Deze 'concepts' gaven de belangrijkste verwachte uitkomsten van het onderzoek aan: obstakels in de behandelrelatie, obstakels in doelgericht werken, manieren van afbakening van de behandeling en stimulering van cliënten om tot afronding te komen. Vervolgens zijn er drie interview open gecodeerd. Op basis hiervan is het coderingsschema verder aangevuld. Vervolgens zijn alle interviews gecodeerd volgens het coderingsschema, om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. In het coderingsschema is per onderdeel een restcategorie opgenomen, voor antwoorden die niet of slechts deels voldeden aan het coderingsschema. De restcategorie is in het verwerken van de data nogmaals op thematiek gesorteerd en verwerkt.

Om de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid te waarborgen is één interview door beide onderzoekers gecodeerd, alvorens de andere interviews zijn gecodeerd. Nadat dit interview is gecodeerd zijn de coderingen van beide onderzoekers vergeleken met elkaar en besproken. Op deze manier is geprobeerd tot consensus te komen wat betreft de manier van coderen.

Vervolgens zijn de overige interviews verdeeld over beide onderzoekers. Twee interviews zijn door beide onderzoekers uitgewerkt om het percentage overeenstemming te kunnen beoordelen. Er werd tussen de onderzoekers de mate van overeenstemming in het coderen bepaald, door codering vanuit een interview van een onderzoeker te vergelijken met de codering van het zelfde interview door de andere onderzoeker. De mate van overeenstemming is het percentage van gelijke coderingen binnen een interview tussen twee behandelaren, ten opzichte van alle toegekende coderingen. De mate van overeenstemming is matig en ligt tussen de 51%-66%. Dit wordt deels veroorzaakt door een aanzienlijk verschil in het aantal toegekende codes tussen twee behandelaren, waarbij met name de restcategorie veelvuldig werd gescoord. Inhoudelijk betekent dit dat de genoemde aantallen in de resultaten lichtelijk kunnen afwijken. Op hoofdlijn en inhoudelijk niveau zal dit een minimale invloed hebben aangezien de restcategorie, in tweede instantie alsnog toegewezen is in specifieke thematieken.

### **3. Resultaten**

In dit hoofdstuk zullen de resultaten worden beschreven. Wat betreft de factoren, die behandelaren bij zichzelf zien als oorzaak voor langdurige behandeling, heeft het merendeel van de behandelaren aangegeven dat de oorzaak ligt aan de behandelrelatie met de cliënt (n=12). Daarnaast speelt de doelgerichte werkwijze (n=9) een grote rol. De resultaten zullen aan de hand van deze thematieken worden beschreven.

In de eerste paragraaf wordt de behandelrelatie tussen behandelaar en cliënt besproken. In de tweede paragraaf worden de resultaten met betrekking tot doelgericht werken worden beschreven. Per thema zullen de obstakels en mogelijke oplossingen worden besproken. De oplossingen die worden onderscheiden zijn ingedeeld naar de verschillende stadia van de behandeling.

#### **3.1 Behandelrelatie**

##### **Oorzaak langdurige behandeling**

Wat betreft de behandelrelatie als oorzaak voor langdurige behandeling hebben behandelaren aangegeven dat hun verantwoordelijkheidsgevoel een oorzaak is voor langdurige behandelingen (n=15). Daarnaast hebben behandelaren aangegeven dat zij de cliënt niet willen teleurstellen (n=16) (zie tabel 3).

Ten aanzien van het verantwoordelijk voelen, vrezen behandelaren voornamelijk voor de negatieve effecten voor de cliënt en/of omgeving. De behandelaren hebben aangegeven dat ze verwachten dat de toestand van de cliënt zonder behandeling zal verslechteren, waarbij behandelaren de plicht voelt om zorg te leveren.

Behandelaren hebben aangegeven dat ze het moeilijk vinden om de cliënt teleur te stellen. Volgens behandelaren hebben cliënten vaak te hoge verwachtingen ten aanzien van klachtvermindering (n=8). Het wordt lastig gevonden door zowel behandelaar als cliënt om toe te geven dat de therapie niet aanslaat en de gewenste resultaten niet worden bereikt. Daarnaast wordt het door behandelaren moeilijk gevonden om 'nee' te zeggen tegen de blijvende vraag om hulp van de cliënt. De behandelaren hebben aangegeven dat het hen het gevoel geeft dat de cliënt zorg wordt ontnomen.

Table 3 obstakels in behandelrelatie in het beëindigen van langdurige behandeling

Obstakel in beëindigen langdurige behandeling	Toelichting
Verantwoordelijk voelen voor cliënt (n=15)*	Vrezen voor gevolgen van afsluiten behandeling voor cliënt en/of omgeving (n=10) Plicht voelen om zorg te leveren (n=4) Niet nader omschreven (n=3)
Niet willen teleurstellen (n=16)*	Moeite met toegeven dat therapie niet werkt / het idee hebben dat er nog verbetering mogelijk is (n=6) Moeite met omgaan appel van de cliënt (n=8) Het gevoel hebben de cliënt zorg te ontnemen (n=5)
Anders (n=9)*	Onduidelijke behandel alternatieven (n=4) Moeite met beëindigen behandelrelatie (n=4) Functioneren als een steunsysteem (n=2)

*\*Het aantal behandelaren komt niet overeen met het aantal genoemde elementen, doordat behandelaren meerdere elementen kunnen benoemen*

### **Oplossingen en maatregelen ter bevordering van het tijdig afsluiten van de behandeling**

Er is gekeken naar de oplossingen en maatregelen die behandelaren aandragen met betrekking tot de behandelrelatie, in verschillende stadia van het behandelproces. Hierbij valt op dat er met name oplossingen worden genoemd met betrekking tot de aanvang van de behandeling en het afsluiten van de behandeling.

In een vroeg stadium wordt door behandelaren aangegeven dat de verwachtingen van de behandeling met de cliënt zou moeten worden besproken (n=12). Ten eerste hebben behandelaren aangegeven dat cliënten verwachten klachtenvrij te zijn na de behandeling. Behandelaren gaven aan dat zij het belangrijk vinden dat cliënten meer gericht zouden moeten zijn op het aanleren van een coping strategie in plaats van het laten verdwijnen van klachten. Ten tweede hebben behandelaren aangegeven dat het wenselijk is om de behandelduur te bespreken met de cliënt.

De behandelaren noemden verschillende vormen van psycho-educatie om de verwachtingen van de cliënt in het begin van de behandeling te sturen. Maatregelen die zijn genoemd waren; het opstellen van een behandelovereenkomst/contract; het doorspreken van doelen en verwachtingen (face-to-face of door middel van een folder).

*“Het is van belang om met de cliënt bij aanvang van de behandeling een behandelovereenkomst met de cliënt aan te gaan. Deze overeenkomst moet aan de cliënt worden voorgelegd en door de cliënt worden ondertekend. Hierin staat beschreven en wordt besproken ‘dit is het startpunt en hier willen we naar toe’ en ‘wat is jouw aandeel daarin, hoe denk jij daar actief mee aan de slag te gaan’.”*

In de afronding van behandeling wordt door behandelaren aangegeven dat het van belang is om cliënten op de afsluiting van de behandeling voor te bereiden (n=13). De cliënt zou hiertoe moeten worden gestimuleerd door middel van het betrekken van een ‘outtake-team’ (n=4). Daarnaast wordt het opstellen van documenten zoals een signaleringsplan en een terugvalpreventieplan gezien als belangrijk middel om de cliënt te stimuleren om in de afsluitende fase tot afronding te komen (n=6). Hierbij wordt door drie behandelaren expliciet aangegeven dat het benadrukken van de kracht van iemand erg belangrijk is.

*“Out-take-team overleg. Dat je bij mensen die langer dan 15 sessies in behandeling zijn, er een andere behandelaar gaat kijken of de behandeling nog wel effect heeft. Zo niet, dan is het goed om de behandeling te beëindigen”.*

### **3.2 Doelgericht werken**

#### **Oorzaak langdurige behandeling**

Verschillende Behandelaren hebben aangegeven dat het langdurig behandelen van cliënten wordt veroorzaakt door het mankeren van een doelgerichte werkwijze. Ze hebben aangegeven dat doelen niet concreet en helder zijn opgesteld bij cliënten die langdurig in behandeling zijn (aantal behandelaren [n]=4). Als gevolg hiervan worden volgens behandelaren evaluaties minder strak en dat dit leidt tot een onduidelijke focus in de behandelingen (n=3). Daarnaast hebben behandelaren te kennen gegeven dat bij langdurige behandeling de behandeldoelen onvoldoende centraal staan in de behandeling (n=4). Tevens hebben behandelaren aangegeven dat er teveel aandacht wordt besteed aan zijpaden in de behandeling, waardoor ze te weinig focussen op behandeldoelen. Bovendien hebben twee behandelaren aangegeven dat het contact met cliënten die langdurig in behandeling zijn meer steunend structurerend van aard is.

*“De waan van de dag staat toch teveel op de voorgrond”*

*“Ik denk dat het gros van de psychologen niet durft te snijden waar het pijn doet. Psychologen draaien teveel om het probleem heen en hebben allerlei ideeën over hoe schadelijk het kan zijn als je te snel tot de kern van het probleem doordringt.”*

Verder valt het op dat behandelaren menen dat er geen duidelijke richtlijnen bestaan met betrekking tot behandelduur (n=6). Tevens is er met cliënten, die langdurig in behandeling zijn, niet bij aanvang afgesproken hoe lang de behandeling zal duren (n=11).

Er is bij behandelaren specifiek gevraagd naar de richtlijnen voor behandelduur en verlenging van de behandeling en het informeren van de cliënt over de behandelduur. Hierbij kwamen de volgende zaken naar voren:

**Richtlijn behandelduur** Opvallend is dat er door meerdere behandelaren (n=6) wordt aangegeven dat richtlijnen omtrent behandelingen en behandelduur ontbreken of ontoereikend zijn. Hierbij is met



name naar voren gekomen dat er voor de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis of met meervoudige problematiek geen duidelijke richtlijnen zijn.

**Cliënt informeren behandelduur** Het blijkt dat het merendeel van de behandelaren heeft aangegeven niet met alle cliënten de behandelduur vooraf vast te stellen (n=11). Sommige behandelaren (n=4) hebben aangegeven dat ze niet expliciet een einddatum noemen, maar dat er wordt verwezen naar een evaluatiemoment. Behandelaars hebben aangegeven dat ze het lastig vinden om een einddatum te noemen bij cliënten met complexe problematiek en/of persoonlijkheidsproblematiek.

**Verlenging behandeling** Langdurige behandelingen zijn minimaal een keer verlengd. Behandelaars hebben geen eenduidige antwoorden gegeven met betrekking tot het doel en de duur van de verlenging van de behandeling. Het is voor de onderzoeker onduidelijk of er een richtlijn bestaat voor het verlengen van behandelingen. Bovendien verwachten vijf behandelaren dat behandeldoelen niet zullen worden behaald bij verlenging van de behandeling.

### **Oplossingen en maatregelen ter bevordering van het tijdig afsluiten van de behandeling**

Behandelaars hebben in de behandeling van cliënten verschillende middelen die cliënten kunnen stimuleren tot afronding van een behandeling. Behandelaars hebben aangegeven dat ze cliënten voornamelijk stimuleren door middel van: vaste evaluatie momenten (n=8) en terugkomen op behandeldoelen (n=7). Daarnaast worden nog verschillende zaken genoemd waar meer aandacht aan kan worden besteed in verschillende stadia van de behandeling (zie tabel 2) om tot een tijdige afronding van behandelingen te komen. Deze zullen in het vervolg worden besproken.

*Tabel 2* oplossingen en maatregelen in verschillende stadia van behandeling ter bevordering van tijdig afsluiten van behandelingen.

<b>Stadium behandeling</b>	<b>Maatregel/oplossing</b>
Bij aanvang behandeling	Cliënt informeren behandelduur (n=14) Behandeldoelen opstellen (n=9)
Tijdens behandeling	Frequentie van evalueren (n=8) Inhoud evaluaties (n=12) Doelgericht werken (n=16) Inschakelen team/derden (n=12)
Afsluiting behandeling	Doelgericht werken (n=7)

**Cliënt informeren behandelduur** Behandelaars (n=14) hebben aangegeven dat cliënten bij aanvang zouden moeten worden geïnformeerd over de duur van de behandeling. Drie behandelaren gaven expliciet aan dat op dit punt winst te behalen valt. Toch zijn behandelaren onderling verdeeld of er vooraf een einddatum zou moeten worden gesteld. Zes behandelaren geven uitgesproken aan dat er wel vooraf een einddatum zou moeten worden genoemd en vier behandelaren zijn uitgesproken tegen het noemen van een einddatum in aanvang van de behandeling.

Enerzijds hebben behandelaren als reden aangegeven voor het vooraf noemen van een einddatum dat onduidelijkheid over het eind van de behandeling een vrijheid biedt waar zowel cliënten als behandelaren niet mee om kunnen gaan. Daarnaast biedt een einddatum een “*stok achter de deur*” en gaat er volgens behandelaren een stimulerende werking vanuit.

Anderzijds hebben andere behandelaren als tegen argument aangegeven dat het niet altijd wenselijk is om de controle over het proces bij de cliënt neer te leggen. Tevens hebben enkele behandelaren aangegeven dat het van belang is om de behandeling voort te zetten zolang de cliënt vooruitgang laat zien. Bovendien hebben twee behandelaren expliciet aangegeven dat bepaalde cliënten niet binnen anderhalf jaar uitbehandeld kunnen zijn, vanwege de ernst van de problematiek. Waarbij met name wordt aangegeven dat sommige cliënten met een persoonlijkheidsstoornis niet binnen anderhalf jaar behandeld kunnen worden. Eén behandelaar heeft aangegeven dat het ten aanzien van complexe problematiek lastig is om vooraf het aantal sessies is te bepalen, echter geeft deze behandelaar aan dat er vooraf wel over nagedacht dient te worden.

*“Het zou kunnen betekenen dat ik tegen sommige cliënten ga zeggen: ik ga jou niet behandelen, want het gaat niet lukken binnen anderhalf jaar.”*

*“Het is van belang om ten aanzien van complexe problematiek toch zoveel mogelijk de behandelalgoritmes uit te rekenen en proberen de duur te van de behandeling te bepalen. (...) Mocht er geen richtlijn zijn dan is het van belang om in een vroeg stadium een plan op te stellen dat haalbaar is.”*

**Behandeldoelen** Ten aanzien van de doelen wordt geconstateerd dat de doelen vaak klacht gerelateerd zijn (n=6). Behandelaren hebben aangegeven dat behandeldoelen meer gericht zouden moeten zijn op ‘*techniek aanleren waardoor je met je klachten om kan gaan*’. Daarnaast geven behandelaren aan dat doelen SMART<sup>2</sup> geformuleerd moeten worden (n=4). Een andere behandelaar acht het daarnaast van belang dat de cliënt zelf zijn doel opschrijft.

**Evalueren** Behandelaren hebben aangegeven dat het tijdens de behandeling van belang is om cliënten te stimuleren om tot afronding te komen door middel van evalueren. Door cliënten te confronteren met hun doelen wordt voortgang en afronding gestimuleerd. Er wordt aangegeven (n=8) dat er regelmatig geëvalueerd moet worden. Drie behandelaren noemden dat er minimaal eens in de drie maanden zou moeten worden geëvalueerd. Waarbij één behandelaar heeft aangegeven dat er eens in de zes maanden de cliënt uitgebreider besproken zou moeten worden in het team. Wat betreft de inhoud van de evaluaties wordt genoemd dat evalueren concreter, strenger en/of strakker moeten zijn (n=7). Het is van belang om vooruitgang zichtbaar te maken. Hierbij wordt meerdere malen het belang van de ‘Routine Outcome Monitoring’ (ROM) in evaluaties genoemd, voor het in kaart brengen van klachtvermindering bij cliënten (n=4). Anderzijds wordt genoemd dat de ROM (n=2) beperkt is,

---

<sup>2</sup> Een methode om doelen Specifiek, Meetbaar, Realistisch, Acceptabel en Tijdsgebonden te maken.

doordat het de klachten meet en niet de vaardigheden.

**Doelgericht werken** Ten aanzien van behandel inhoudelijke maatregelen hebben behandelaren aangegeven dat er doelgericht (n=4) en meer volgens protocollen (n=5) gewerkt moet worden. Een meerderheid van de behandelaren heeft aangegeven dat doelen vaker expliciet aan bod moeten komen in de behandeling (n=16).

**Inschakelen team/derden** Behandelaren hebben aangegeven dat zij een sturende rol in het doelgericht werken verwachten van het team en derden (n=12). Door het team erbij te betrekken hebben behandelaren minder het gevoel dat *'behandelaren er alleen voor staan'*. Bovendien worden doelen en richtlijnen volgens behandelaren (n=2) beter gevolgd als ze organisatie breed worden onderhouden. Daarnaast helpt het hen om zich kritischer op te stellen, doordat er verantwoording moet worden afgelegd. Behandelaren hebben meerdere maatregelen genoemd die het team of een collega betrekken bij hun behandeling. Er wordt aangegeven dat er behoefte is aan: Kritische vragen tijdens intervisies; gestructureerd de totale caseload bespreken per behandelaar; *'nee, tenzij'* principe bij verlenging van een behandeling; het proces van de behandeling laten beoordelen door een andere behandelaar; het vormen van kleinere MDO's waarbij er een behandelaar een vast aanspreekpunt heeft waarmee het behandelproces wordt besproken.

#### **4. Discussie**

Jaarcijfers hebben laten zien dat bijna een kwart van alle behandelingen van volwassenen in de GGZ langer dan een jaar duurt (Nuijen, et al., 2012). Het huidige onderzoek heeft als doel te onderzoeken wat behandelaren bij zichzelf als oorzaak zien voor langdurige behandeling van cliënten. Daarnaast is er gekeken wat behandelaren als oplossing zien om behandelduur te beperken van cliënten met een angst- of stemmingsstoornis. In dit kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van een semi-gestructureerd interview.

##### *Behandelrelatie*

Een belangrijke bevinding in dit onderzoek is dat behandelaren het moeilijk om met de verwachtingen van cliënten en zichzelf om te gaan in het afronden van langdurige behandelingen. Hierbij dient opgemerkt te worden dat met name de gevoelens van teleurstelling bij de cliënt en het verantwoordelijk voelen voor de cliënt obstakels zijn voor behandelaren om de behandelrelatie te beëindigen. Dit impliceert dat de verwachtingen van zowel de behandelaar als de cliënt belangrijk zijn in de behandelrelatie. Blijkbaar heeft de cliënt bepaalde verwachtingen van de behandeling die niet worden waar gemaakt en heeft de behandelaar bepaalde verwachtingen van zichzelf waar hij niet aan kan voldoen. Het is van belang dat in het begin van de behandeling aandacht is voor verwachtingen van zowel cliënt als behandelaar. Ten aanzien van het creëren van realistische verwachtingen bij de cliënt bij aanvang van de behandeling, worden door behandelaren verschillende maatregelen genoemd. Volgens behandelaren zou de behandelduur en het behandeldoel moeten worden besproken. Maatregelen die door behandelaren worden genoemd zijn verschillende vormen van psycho-educatie, zoals het opstellen van een behandelovereenkomst/contract en het doorspreken van doelen en verwachtingen (face-to-face of door middel van een folder). Dit zouden adequate interventies kunnen zijn aangezien een realistische verwachting van de cliënt kan voorkomen dat de cliënt gedemotiveerd wordt en afhankelijk wordt van de hulpverlener (Constantino, et al., 2011).

Daarnaast is het belangrijk om bij de afronding van de behandeling rekening te houden met de impact van het verbreken van de behandelrelatie met de cliënt. Ten eerste kan het beëindigen van de behandelrelatie en het beëindigen van de behandeling worden losgekoppeld. Een maatregel die veelvuldig wordt genoemd door behandelaren is; een 'out-take-team', waarbij een andere behandelaar samen met de cliënt kijkt wat de vervolg stap zou moeten zijn. Het doel hiervan is dat specifiek wordt gekeken naar afronding. Daarnaast wordt de afronding van de behandeling losgekoppeld van de band tussen cliënt en behandelaar, waardoor de afhankelijkheidsgevoelens van de cliënt ten opzichte van de behandelaar de afronding van behandeling minder belemmeren. (Methorst, Hoogduin, & Velden, 1997). Ten tweede kan het zelfvertrouwen worden versterkt. De behandelaren noemen bijvoorbeeld; het opstellen van een signaleringsplan of een terugvalpreventie plan. Door behandelaren werd aangegeven dat het van belang is om in dit plan stil te staan bij de successen die zijn behaald in de behandeling, om het zelfvertrouwen van de cliënt te stimuleren.

### *Doelgerichte werkwijze*

Een tweede belangrijke oorzaak voor het voortduren van de behandeling komt volgens behandelaren voort uit problemen met het doelgerichte werken. Behandelaren hebben aangegeven dat ze doelen niet altijd concreet en helder formuleren bij cliënten die langdurig in behandeling zijn. Daarnaast wordt aangegeven dat behandeldoelen onvoldoende centraal staan in de behandeling. Tevens wordt door behandelaren aangegeven dat doelen vaak gericht zijn op de klachten van de cliënt, terwijl behandelaren tijdens de interviews hebben aangegeven dat ze cliënten graag vaardigheden aan willen leren. Deze resultaten impliceren dat het erg lastig wordt gevonden om doelgericht te werken met een deel van de cliënten. Het is opmerkelijk dat het formuleren en werken met behandeldoelen problemen geeft, aangezien dit een vast onderdeel in de opleiding van gedragswetenschappers is. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door de complexiteit van de problematiek en door actuele problemen bij cliënten. Het is van belang dat het succes van de behandeling zichtbaar is en de cliënt succes ervaringen op doet. Hierbij is het formuleren van concrete en haalbare doelen van cruciaal belang. Ten aanzien van klachtgerichte doelen is het van belang om stil te staan bij de focus van de behandeldoelen. De doelen kunnen op drie gebieden liggen; manifestatie van klachten; beheren of beheersen van omstandigheden; versterken van de copingstijl van de cliënt (Reinders & Heene, 2010). Het is van belang om behandelaren te trainen in het formuleren van behandeldoelen waarin meerdere gebieden worden opgenomen. Hierdoor worden actuele problemen niet veronachtzaamd en langdurige problemen niet kortstondig opgelost (Reinders & Heene, 2010). Om te bewerkstelligen dat behandelaren werkbare behandeldoelen opstellen is het van belang dat hier aandacht aan wordt besteed en indien nodig dat behandelaren worden ondersteund. In het team kan dit bijvoorbeeld worden ondersteund door middel van focusgroepen, waarbij behandelaren de behandeldoelen en het behandelproces kunnen bespreken.

Ten tweede blijkt dat het merendeel van de behandelaren voorafgaand aan de behandeling de behandelduur, van cliënten die langdurig in behandeling zijn, niet heeft vastgesteld en er geen eenduidige manier is waarop behandelingen worden verlengd. Daarnaast is het zorgelijk dat enkele behandelaren aangeven dat richtlijnen omtrent behandelduur onduidelijk zijn bij cliënten met meervoudige problematiek en persoonlijkheidsstoornis. Ondanks de onduidelijkheid noemt geen van de behandelaren het ontbreken of de onduidelijkheid van richtlijnen omtrent behandelduur en verlenging als oorzaak voor langdurige behandeling. Het is onduidelijk waarom behandelaren dit niet als een oorzaak voor langdurig behandelen ervaren. Echter de onderzoeker acht het van belang dat er zowel voor de cliënt als de behandelaar duidelijk is waar ze aan toe zijn en dat er binnen de organisatie eenduidig wordt gehandeld. Ondanks dat behandelaren de onduidelijkheid over richtlijnen niet als een obstakel in het afsluiten van behandelingen hebben genoemd, wordt er wel door hen aangegeven dat cliënten in het begin van de behandeling moeten worden geïnformeerd over de behandelduur.

Ten derde worden er door behandelaren opvallend veel praktische suggesties gegeven die betrekking hebben op het team en het betrekken van andere behandelaren in de ondersteuning bij de

behandeling. Enerzijds dient hier rekening te worden gehouden met externe attributie, aangezien het de verantwoordelijkheid verschuift van behandelaar naar het team. Anderzijds hebben behandelaren hiermee aangegeven dat ze graag meer ondersteuning in hun werk zouden willen. Gezien het feit dat veel behandelaren de betrokkenheid van het team hebben genoemd is het wenselijk om binnen het team te bespreken waar de mogelijkheden en uitdagingen liggen voor het team. Maatregelen die behandelaren zelf benoemd hebben zijn; de totale caseload gestructureerd bespreken per behandelaar; bij verlenging van behandelingen zou het team een strikter 'nee tenzij' principe moeten hanteren; kleinere multi disciplinaire overleggen, het proces van de behandeling laten beoordelen door een andere behandelaar.

Ten aanzien van de evaluaties hebben behandelaren aangegeven dat deze strakker en strenger moeten. Mogelijk is de evaluatie van behandeldoelen niet concreet genoeg. De voortgang moet duidelijk zichtbaar zijn met een duidelijke terugkoppeling naar het behandeldoel. Dit maakt het makkelijker om besluiten te nemen over eventuele voortzetting of beëindiging van de behandeling. Opvallend is dat evaluaties voornamelijk plaats vinden aan de hand van de ROM, dit instrument meet voornamelijk de klachtreductie en niet het behalen van behandeldoelen. Het is volgens de onderzoeker wenselijk om te zoeken naar middelen om specifieke behandeldoelen te evalueren.

#### *Onderscheid tussen cliënten op basis van behandelduur*

Verschillende behandelaren hebben in dit onderzoek aangegeven dat een maximale behandelduur van anderhalf jaar bij een deel van de cliëntpopulatie niet verantwoord is. Hierbij wordt met name de cliënten met een persoonlijkheidsstoornis onderscheiden. Deze mening wordt ondersteund door de richtlijnen van het Trimbos voor de GGZ voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, die stelt dat deze cliënten in aanmerking komen voor een langdurige behandeling van 36 maanden (Trimbos-instituut, 2008). Het is volgens de onderzoeker daarom niet verantwoord om voor de totale cliënten populatie van de afdeling angst- en stemming dezelfde richtlijn voor maximale behandelduur te hanteren of hiernaar te streven. Het is van belang om onderscheid te maken tussen cliënten met een concrete zorgvraag die in een afgebakende tijd kan worden behandeld en cliënten die langdurige zorg nodig hebben. Dit onderscheid zou kunnen worden gemaakt op basis van diagnostiek, waarbij zowel de hoofddiagnose als andere diagnoses dienen te worden meegewogen om de ernst en de benodigde zorg adequaat te kunnen inschatten. Door in een vroeg stadium van de behandeling onderscheid te maken tussen langdurige behandeling en behandeling met beperkte behandelduur kan zowel behandelaar als cliënt duidelijkheid geven. Het helpt behandelaren mogelijk om haalbare doelen te formuleren en verwachtingen concreter te formuleren.

#### *Organisatie*

Er worden in dit onderzoek weinig obstakels ervaren in de organisatie van de zorg rond de cliënt. Dit kan enerzijds betekenen, dat er voldoende steun is vanuit leidinggevenden en het

instellingbeleid goed staat. Gezien het feit dat dit onderzoek aangevraagd is vanuit het management van de afdeling blijkt dat de door- en uitstroom hoog op de agenda staat. Anderzijds kunnen deze resultaten betekenen dat er sprake zou kunnen zijn van een blindspot bij behandelaren. Het onderzoek toont aanwijzingen voor belemmeringen vanuit de organisatie in de zorg voor de cliënt, zoals onduidelijke richtlijnen en de vele aanbevelingen om het team meer te betrekken in de behandeling. Mogelijk heeft dit te maken met hoe behandelaren aankijken tegen de rol van de organisatie. Het is in dit onderzoek onduidelijk in hoeverre behandelaren zichzelf zien als solisten binnen de organisatie of onderdeel van een behandelend team.

### *Kritische kanttekeningen*

Er zijn een aantal beperkingen die in dit onderzoek genoemd kunnen worden. Ten eerste is het coderingsschema ontwikkeld in samenwerking met een mede onderzoeker. Echter door de opzet van het schema was het niet mogelijk om een inter-beoordelaars betrouwbaarheid te berekenen. Daarnaast bleek er sprake van een matige overeenstemming in de toegekende codes tussen de beoordelaars. Deels is dit te verklaren doordat in dit onderzoek gebruik is gemaakt van een zeer uitgebreid coderingsschema, wat de kans op afwijkende coderingen vergroot. Ook dient er rekening te worden gehouden met de subjectiviteit in de toekenning van de codes (ondanks dat de manier van coderen tussen beoordelaars is besproken). Aanbeveling voor vervolg onderzoek is om het coderingsschema zo beknopt mogelijk te maken om de inter-beoordelaars betrouwbaarheid te kunnen berekenen en de kans op afwijkende coderingen te verkleinen.

In dit onderzoek zijn verschillende disciplines betrokken, met een verschillend soort behandeling en onderscheidende groep cliënten. De heterogeniteit van behandelaren wordt zichtbaar in de demografische gegevens. Er is een grote spreiding in de grote van de totale caseload per behandelaar en een grote spreiding in het aantal cliënten langdurig in behandeling per behandelaar. In dit onderzoek is de onderzoeksgroep behandelaren als geheel genomen. Specifieke knelpunten en uitdagingen per specialisme zijn niet in kaart gebracht. Toch is het interessant voor vervolg onderzoek om per specialisme knelpunten en uitdagingen in kaart te brengen aangezien dit per specialisme kan verschillen. Een voorbeeld is het steunend en structurerend contact. Voor enkele sociaal psychiatrisch verpleegkundigen behoort steunend en structurerend contact tot een behandel insteek, terwijl dit voor psychologen eerder een valkuil dan doel is. Het is wenselijk om in vervolg onderzoek de onderzoekspopulatie te beperken tot specifieke specialismen om te komen tot toegespitste adviezen per specialisme.

Ten aanzien van de antwoorden van behandelaren dient rekening te worden gehouden met sociaal wenselijkheid van de antwoorden. Dit onderzoek heeft zich deels gericht op obstakels die behandelaren bij zichzelf zien als oorzaak voor langdurige behandeling. De antwoorden die behandelaren gaven zijn afhankelijk van de bereidheid om zichzelf een spiegel voor te houden en zich transparant op te stellen. Mogelijk zijn sociaal minder geaccepteerde obstakels minder gerapporteerd.

Bovendien is enkele weken voor het onderzoek een artikel is verspreid onder behandelaren, waarin onder andere obstakels en oplossingen voor langdurige behandelingen worden genoemd (Arts & Reinders, 2013). In de resultaten van het onderzoek dient rekening te worden gehouden met vooringenomenheid van behandelaren.

#### *Aanbevelingen toekomstig onderzoek*

Binnen dit onderzoek is gekozen voor een brede onderzoeksgroep van behandelaren vanuit verschillende disciplines, met een wisselende werkwijzen. Voor vervolg onderzoek is het aan te raden om te kijken naar obstakels bij specifieke specialismen om te komen tot adviezen op maat voor behandelaren van specifieke specialismen.

Op dit moment is er beperkte kennis van de interactie tussen de behandelaar en het team. Veel behandelaren noemen maatregelen waarbij het team wordt ingeschakeld in het beperken van de behandelduur van de cliënt. Het is aan te bevelen om nader te onderzoeken hoe behandelaren aankijken tegen de rol van het team in de behandeling en de rol van behandelaren binnen het team,

#### *Aanbevelingen voor de praktijk*

Een van de krachtpunten van de afdeling Angst- en stemming is het uitgebreide behandelaanbod voor een diverse cliëntenpopulatie. Deze kracht heeft als nadeel dat richtlijnen voor behandelduur erg uiteen kunnen lopen. In de optiek van de onderzoeker is het van belang om in de cliënten populatie onderscheid te maken tussen cliënten met een beperkte behandelduur en cliënten die in aanmerking komen voor langdurige behandeling. Dit onderscheid zou in een vroeg stadium van de behandeling moeten worden gemaakt op basis van diagnostiek, om behandelaren en cliënten duidelijkheid te bieden over de behandelmogelijkheden.

Ten tweede is het van belang om vanuit een doelgerichte werkwijze behandelaren duidelijkheid te bieden over de duur van de behandeling, door landelijke richtlijnen te volgen en duidelijke en uniforme kaders voor behandelduur en verlening van behandeling te stellen binnen het team.

Ten derde dient de behandelaar de cliënt duidelijkheid te bieden over de behandelduur bij aanvang van de behandeling. Daarnaast is het van belang om dat de behandelaar de verwachtingen van de cliënt ten aanzien van de behandeling bespreekt. Hierbij speelt psycho-educatie een belangrijke rol.

Bovendien is het van belang om behandelaren te ondersteunen in het opstellen van SMART geformuleerde doelen, die gericht zijn op het verminderen van klachten en het aanleren van vaardigheden. Ook zouden behandelaren kunnen worden ondersteund door middel van trainingen gericht op het opstellen van behandeldoelen en onderlinge feedbackmomenten tussen behandelaren.

Het is van belang dat er tijdens de behandelingen en evaluaties niet de klachten maar de doelen centraal staan. De ROM is een krachtig evaluatie middel, echter is deze beperkt in het meten of behandeldoelen zijn behaald. Er zal gezocht moeten worden naar middelen om specifieke behandeldoelen te evalueren.



### *Tot slot*

De behandelaren zijn zeer betrokken bij hun cliënten en doen hun uiterste best om cliënten te helpen in hun problemen. Behandelcapaciteit is echter schaars, daarom is het van belang om tijdig inzicht te krijgen of behandelingen aanslaan om zo de behandelduur mogelijk te beperken.

Er wordt geconcludeerd dat de problematiek van cliënten op de afdeling angst- en stemming te divers is om eenduidig een maximale behandelduur van anderhalf jaar te stellen. Daarnaast is het van belang dat zowel behandelaren als cliënten realistische verwachtingen hebben ten aanzien van de behandeling. Tot slot zou gedurende de behandeling van cliënten de behandeldoelen het hele proces centraal moeten staan.

## 5. Referenties

- Arts, W., & Reinders, M. (2013). Het afsluiten van eindeloze behandelingen. *Tijdschrift voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie*, 2013(4).
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192.
- Cuijpers, P., Huibers, M., Daniel Ebert, D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149(3), 1-13.
- Dorresteijn, M. (2014). Ggz verbolgen over inkoopbeleid verzekeraars verkregen op 20/3/ 2014, via <http://www.zorgvisie.nl/Financien/Nieuws/2014/1/Ggz-verbolgen-over-inkoopbeleid-verzekeraars-1452770W/>
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Gumley, A. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9(42), 1-174.
- GGZ-Nederland. (2010). *wachttijden ggz-instellingen 2009*. Amersfoort.
- Graaf, R., Have, M. T., & Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking*. Nemesis-II. Trimbos Instituut. Utrecht.
- Hellenbrand, I., Tiemens, B., & Appel, T. (2007). Lange behandelingen ontberen scherpe behandeldoelen. *Psychopraxis*, 9(3), 84-87.
- Methorst, G. J., Hoogduin, C. A. L., & Velden, K. v. d. (1997). *Richtlijnen bij kortdurende ambulante behandeling in de geestelijke gezondheidszorg*. Zeist: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nuijen, J., Knispel, A., & Verbeek, M. (2012). *GGZ in tabellen*. Houten: Trimbos instituut.
- Nederlands Instituut voor Psychologen (2007). *Beroepscode voor psychologen*, Amsterdam.
- Reinders, P., & Heene, E. (2010). *Kortdurende psychologische interventies voor de eerste lijn*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Stoffer, R. (2001). *Het vijf-gesprekkenmodel, een handleiding* (2de ed.). Delft: Eburon.
- Trimbos-instituut (2008). Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
- Vanderereycken, W., Hoogduin, C. A. L., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1: Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

## **7. Bijlagen**

**Bijlage I      Interview**

# Interview

---

**Opdrachtgever:** Dimence, te Deventer. Afdeling Angst & Stemming

**Onderzoekers:** Nienke Assink  
Stefan van der Ven

**Studierichting:** Psychologie – Geestelijke Gezondheidsbevordering

## **Inhoud:**

- Instructie onderzoeker
- Interview
- Toestemmingsverklaring met daarin:
  - beschrijving onderzoek
  - opdrachtgever
  - waarborging anonimiteit

## **Instructie voor de interviewer**

### **Leesinstructies:**

**Vetgedrukt betekent letterlijk voorlezen**

Onderstreept geeft een doorvraag aan.

→ geeft de aandachtspunten aan bij deze vraag

### **Algemene instructies:**

- Naast de doorvragen die er onderstreept staan, vraag steeds door, tot de behandelaar geen aanvullingen meer geeft.
- Toevoegingen dienen pas te worden genoemd wanneer de geïnterviewde zelf geen antwoord geeft of wanneer de geïnterviewde geen aanvullingen meer heeft.
- Aan het eind ruimte voor het opschrijven van opmerkingen.

### **Instructies Caseload**

Elke behandelaar krijgt van tevoren zijn/haar caseload (de secretaresse zorgt daar voor). Deze caseload neemt de behandelaar mee naar het interview.

Vooraf een verklaring voor geheimhouding tekenen.

## Het interview

### Introductie van het interview

Goedemorgen/middag,

Begin deze maand heeft Stefan/heb ik een korte presentatie gegeven in de beleidsvergadering over ons onderzoek. Een onderzoek naar de doorstroom van cliënten op de afdeling Angst en Stemming te Deventer. Wij richten ons in dit interview enerzijds op cliënt factoren die van invloed zijn op de behandelduur. Daarnaast richten we ons op oorzaken en mogelijke oplossingen die behandelaars zien in het beperken van de behandelduur van cliënten op deze afdeling. Vandaag ga ik het interview afnemen. Voordat we daadwerkelijk beginnen wil ik u vragen om het toestemmingsformulier door te nemen en te ondertekenen.

### Algemene gegevens interview:

Datum van afname:.....

Tijd van afname:.....

Interviewer:.....

### Algemene gegevens geïnterviewde:

Naam: .....

Leeftijd: .....

Jaren werkzaam binnen dit werkveld: .....

Jaren werkzaam op deze afdeling bij Dimence:.....

Functie: .....

Aantal cliënten in huidige caseload: .....

Aantal cliënten dat langer dan 18 maanden (1,5 jaar) in behandeling is (startdatum van behandelingen voor juni 2012): .....



## Oorzaak

**7. Wat ziet u als behandelaar als mogelijke oorzaak dat behandelingen van bepaalde cliënten op de afdeling Angst & Stemming langer dan anderhalf jaar duren?**

7a. Doorvraag: m.b.t. cliënt: welke rol heeft de cliënt in de oorzaak dat de behandeling langer dan 1,5 jaar duurt? (denk bijvoorbeeld aan verwachtingen)

7b. Doorvraag: m.b.t. behandelaar: welke oorzaak ziet u bij uzelf als mogelijke oorzaak dat de behandeling langer dan anderhalf jaar duurt?

## Belemmeringen

**8. Stel... U heeft een cliënt langer dan 1,5 jaar in behandeling en u zou deze behandeling moeten stoppen. Wat zou het voor u als behandelaar lastig maken om deze behandeling te beëindigen?**

→ let op: het gaat hier om zaken die de behandelaar persoonlijk lastig vindt

Doorvragen: (verdiepend) kunt u daar iets meer over vertellen?

\_\_\_\_\_ (verdiepend) zijn er ook indicaties die u weerhouden om de behandeling te beëindigen?

\_\_\_\_\_ (verbredend) zijn er nog meer zaken die het lastig maken?

**9. Wat maakt het voor cliënten moeilijk om een behandeling te beëindigen?**

Doorvragen: (verdiepend) kunt u daar iets meer over vertellen?

\_\_\_\_\_ (verbredend) zijn er nog meer zaken die het lastig maken?

## Oplossing

**10. Stel behandelingen zou binnen anderhalf jaar moeten worden gestopt, wat zou dan voor deze cliënten de oplossing zijn om dit te kunnen realiseren?**

**11. Wat ziet u als oplossing om de behandeling van cliënten binnen anderhalf jaar te stoppen?**

→ let op: sluit dit aan bij de antwoorden die gegeven zijn bij belemmeringen?

11a. → (indien nee) Doorvraag: u gaf net aan dat ....belemmeringen waren, ziet u daarvoor ook oplossingen?

(indien ja) Doorgaan naar vraag 12.



## Maatregelen

**12. Welke maatregelen zouden moeten worden genomen om het tijdig afsluiten van behandelingen te bevorderen?**

➔ let op: deze vraag heeft meerdere niveaus, alle niveaus uitvragen!

Doorvragen:

12a. Welke maatregelen voor u zelf als behandelaar

12b.

12c.

1. In een vroeg stadium

2. Tijdens de behandeling

3. Aan het einde van de behandeling

## Afronding

**Dat was de laatste vraag van dit interview... Hebt u nog vragen/opmerkingen?**

**In februari hopen we ons onderzoek naar de doorstroom van cliënten af te ronden en zullen we de resultaten aan het team presenteren. Ook zult u informatie ontvangen als u uw mailadres heeft achtergelaten op de Toestemmingsverklaring. Ik wil u nogmaals bedanken voor het meewerken aan het onderzoek.**

Ruimte om vragen/opmerkingen te noteren:

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## Bijlage Toestemmingsverklaring

Beste meneer/mevrouw,

Bedankt dat u aan ons onderzoek wil deelnemen. Dit is een onderzoek in opdracht van Dimence te Deventer, afdeling Angst en Stemming. Dit onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met de universiteit Twente, de faculteit gedragswetenschappen, psychologie. Het doel van het onderzoek is inzicht verkrijgen in de doorstroom van cliënten op de afdeling Angst en Stemming. Het doel van het interview is om inzicht te krijgen in de behandelduur van cliënten en de overwegingen die behandelaren met betrekking tot de behandelduur maken.

Voor dit interview is het van belang dat u zo nauwkeurig mogelijk antwoord geeft. We zijn daarbij geïnteresseerd in uw persoonlijke mening/opvatting. Voor het interview hebben we 60 minuten gereserveerd. Allereerst zullen er een aantal gesloten vragen worden gesteld gevolgd door een aantal open vragen.

Dit interview zal worden opgenomen. Na verwerking van de audio gegevens zullen deze worden verwijderd en de verwerkte gegevens zullen verder anoniem worden verwerkt. Waar nodig worden persoonlijke gegevens aangepast om herkenning te voorkomen.

Mocht u geïnteresseerd zijn naar de uitkomsten van het onderzoek, dan verzoeken wij u om uw e-mail adres hier te vermelden. ....

Uw handtekening ter bevestiging van het gebruiken van dit interview voor wetenschappelijk onderzoek:

-----

Bedankt,

Nienke Assink en Stefan van der Ven