

Van intake naar outtake; het afsluiten van langdurige depressiebehandelingen

F. Poolen, J. Verhoeven, D.J.F. van Schaik, M.J. Reinders, M.T. van der Wart, C.H. Vinkers

- Achtergrond** In de vakliteratuur is er veel aandacht voor de inhoud van behandelingen, maar weinig aandacht voor het afsluiten ervan. Wanneer doe je dat en hoe? In de praktijk zijn er weinig richtlijnen voor de beëindiging van vooral langdurige behandelingen, die soms weinig meer bijdragen aan verdere verbetering. Een zorgvuldige afronding is een essentieel onderdeel van elke behandeling. Door gebrek aan aandacht voor het proces van afsluiten duurt een behandeling soms langer en gaat gepaard met hogere kosten dan noodzakelijk. Patiënten die op een wachtlijst staan, komen daardoor pas later aan bod.
- Doel** Het beschrijven en evalueren van een methodiek waarmee langdurige behandelingen systematisch geëvalueerd en indien nodig beëindigd kunnen worden.
- Methode** Beschrijven van de multidisciplinaire outtakemiddag van de TOPGGz-polikliniek depressie van GGZ inGeest, het gebruik van een outtakeformulier en de resultaten van deze aanpak.
- Resultaten** Er werden 65 patiënten besproken die gemiddeld 79 weken in behandeling waren. Bij iets meer dan de helft van de patiënten (54%) gaf de evaluatie aanleiding om een traject richting ontslag te initiëren. 50% van de patiënten voor wie een traject ingezet werd, was na 3 maanden ook werkelijk uit de zorg van de polikliniek ontslagen. Bovendien konden relevante problemen en dilemma's worden geëxpliciteerd en voelden behandelaren zich in hun besluiten en handelen gesteund door deze werkwijze.
- Conclusie** Een periodieke systematische evaluatie van langdurige behandelingen kan helpen om deze tijdig af te sluiten.

Er bestaan veel verschillende behandelingen voor een depressieve stoornis.¹ Vaak heeft een patiënt die langdurig depressief is al meerdere behandelingen gehad. De kans dat een nieuwe aanpak effect zal hebben, neemt af naarmate meer behandelingen zijn doorlopen.² Vervolgbehandelingen zijn meestal invasief, arbeidsintensief en duur. Denk daarbij aan intensivering van de psychotherapie, repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) of elektroconvulsie therapie (ECT). Het is niet altijd vanzelfsprekend om vervolgstappen te zetten omdat een gerichte antidepressieve behandeling bemoeilijkt kan worden door interfererende psychosociale omstandigheden of comorbiditeit zoals PTSS, verslaving of persoonlijkheidsproblematiek, die een andere aanpak vragen.

Tegen de achtergrond van stijgende kosten van de ggz in Nederland, een toenemende vraag naar behandeling, langer wordende wachtlijsten en overbelaste hulpverleners pleiten Arts en Reinders (2012) en Reinders en Boot (2020) voor 'efficiënt behandelen', waarmee ze bedoelen dat 'behandelingen die geen succes hebben of geen extra's meer opleveren moeten worden beëindigd'.^{3,4} Zij

hanteren het niet (verder) afnemen van de klachten als een belangrijk criterium.

Het niet afnemen van klachten is in de reguliere praktijk echter vaak een reden om vervolgstappen in een depressiebehandeling te zetten, terwijl dit niet altijd in het belang van de patiënt is en er legitieme argumenten kunnen zijn om de behandeling te stoppen.⁵ Reden om een behandeling af te sluiten kan zijn dat de patiënt zo onregelmatig op afspraken komt dat een adequate behandeling niet haalbaar is. Ook kan de inspanning die van behandelaren en patiënt gevraagd wordt in geen verhouding staan tot de te verwachten effecten. Verder kan langdurige behandeling leiden tot emotionele en/of interpersoonlijke afhankelijkheid. Overigens kan het staken van de behandeling ook positieve effecten hebben: het kan patiënten aanzetten tot alternatieve coping en nieuwe activiteiten.^{5,6} Een verklaring voor het continueren van langlopende behandelingen is dat zorgprofessionals het beëindigen ervan over het algemeen moeilijk vinden.⁷ Daarom is het zinvol hiervoor een werkwijze te ontwikkelen. In dit artikel bespreken we onze ervaringen met een outtakebespreking.

METHODE

De outtakebespreking

De TOPGGZ-polikliniek depressie van GGZ inGeest organiseert jaarlijks een outtakemiddag waar patiënten besproken worden, die langer dan een jaar in behandeling zijn óf die meer dan drie keer zonder bericht afwezig waren. De termijn van een jaar komt overeen met de termijn die Koekkoek e.a. in hun onderzoek gebruiken als maat voor 'langetermijnbehandeling'.⁷ We vormen ten bate van de bespreking groepen van vier tot vijf behandelaren rondom één hoofdbehandelaar die bij de meeste patiënten betrokken is. De groep is zo veel mogelijk multidisciplinair samengesteld met artsen, psychologen, verpleegkundigen en vaktherapeuten (non-verbale therapie). Elke groep bespreekt één voor één 10 tot 20 geselecteerde patiënten. Uitgangspunt is de vraag of voortzetting van de depressiebehandeling bij onze polikliniek nog zinvol is, rekening houdend met de behandel mogelijkheden die er nog zijn.

Het outtakeformulier

Om de discussie te structureren werd voor de outtake-middag een 'outtakeformulier' ontwikkeld: de *OutForm* (zie [onlinebijlage](#)). Het eerste deel van het formulier bevat vijf vragen:

1. Is depressie nog de hoofddiagnose?
2. Is er nog een (volgende) antidepressieve behandeling mogelijk en beschikbaar bij ons?
3. Is de therapietrouw voldoende?
4. Zijn de psychosociale omstandigheden voldoende gunstig?
5. Is de lichamelijke conditie van de patiënt goed genoeg om een adequate behandeling te kunnen uitvoeren?

Deze vragen zijn bedoeld om de discussie te stimuleren en toe te spitsen, en zijn geen op zichzelf staande redenen om een behandeling te beëindigen.

Het tweede deel van het formulier betreft de planning van het vervolg of van het afsluiten. Er volgt een lijst tips en interventies, zoals het betrekken van een andere professional (second opinion of overdracht van de regie); het afbouwen van de behandeling (afspraken spreiden of therapiepauze); het bespreken van en verwijzen naar zorg elders (onder andere ook naar het sociaal domein). Hierna kan de behandelaar aangeven wat hij/zij nodig heeft van collega's en/of het management om het plan te kunnen uitvoeren. Tot slot wordt aangegeven wanneer de eerstvolgende evaluatie plaatsvindt.

Hoewel het initiatief tot evaluatie vanuit het behandelteam kwam, werd het voorgestelde plan vervolgens altijd besproken met de patiënt en/of diens systeem, waarbij ook de mogelijkheid tot voortzetting van behandeling werd besproken.

RESULTATEN

In 2024 werden op de outtakemiddag 65 patiënten besproken. Van hen waren 60 patiënten langer dan een jaar in behandeling en 5 hadden 3 of meer no-shows in het afgelopen jaar. De gegevens over de besproken groep patiënten staan in [tabel 1](#).

Tabel 1. Demografische kenmerken van de patiënten

Kenmerk	n = 65
Leeftijd in jaren (M; SD)	39 (11)
Geslacht vrouw (n; %)	41 (63%)
Dagen/weken in behandeling (M; SD)	551 dgn/79 wkn (160 dgn/23 wkn)
Hoofddiagnose	
Depressie (incl. persisterend) (n; %)	42 (65%)
PTSS (n; %)	10 (15%)
Overige diagnoses (n; %)	13 (20%)

Er werden 63 *OutForms* volledig ingevuld. Bij 34 patiënten (54%) werd besloten om de optie van een traject richting ontslag met patiënt en/of diens systeem te bespreken.

Voor 7 patiënten sloot dit aan op een al bestaand plan van afsluiting, voor 15 patiënten werd een nieuw plan gemaakt om de zorg via onze instelling te beëindigen. Voor 6 patiënten werd een beëindigingstraject geïndiceerd, met nog één of meer interventies erin opgenomen en voor 6 patiënten werd een plan gemaakt voor vervolgbehandeling bij een andere afdeling van onze instelling voor behandeling van een andere stoornis dan depressie. Voor 29 patiënten (46%) werd geen reden gezien voor een ontslagtraject, bij 15 van hen liep de behandeling nog. Bij de overigen werden vervolgstappen in de depressiebehandeling geïndiceerd.

Vervolgens keken we welke factoren bepalend waren voor het advies tot voortzetten van de behandeling. We gebruikten hiervoor de antwoorden in het *OutForm*. Het meest in het oog springend was dat als er een hoofddiagnose depressie was, het advies bij 72% van deze patiënten was om door te gaan met de behandeling; een positief antwoord op de vraag of er nog een antidepressieve richtlijnbehandeling mogelijk was, voorspelde voortzetting bij 74%. Opvallend was verder dat bij de patiënten van wie de therapietrouw als onvoldoende werd beoordeeld (n = 14), er bij 50% werd geadviseerd de behandeling voort te zetten en bij 50% dus niet.

Drie maanden na de outtakemiddag waren 24 (37%) van de 65 besproken patiënten feitelijk uit zorg bij onze afdeling. **Tabel 2** laat zien dat van de patiënten voor wie op de outtakemiddag een ontslagplan was gemaakt er na 3 maanden inderdaad meer met ontslag waren gegaan (χ^2 -toets: $p = 0,015$).

Tabel 2. Ontslagplan op outtakemiddag versus al dan niet ontslagen na 3 maanden

n = 63	Nog in zorg bij ons	Uit zorg bij ons
Geen ontslagplan (n = 29)	23 (79%)	6 (21%)
Wel ontslagplan (n = 34)	17 (50%)	17 (50%)

DISCUSSIE

We vonden dat bij meer dan de helft van de patiënten die langer dan een jaar in behandeling waren, toegewerkt kon worden naar ontslag. Uit de nabesprekingen van het team kwam naar voren dat een deel daarvan ‘slapende’ behandelingen betrof, waarbij er geen sprake (meer) was van een gerichte behandeling, maar van een laagfrequent en meestal ook onregelmatig contact. De outtakebespreking maakt dit zichtbaar en helpt deze inefficiënte behandelingen te doorbreken. Verder zagen we dat als behandelaren een depressie als hoofddiagnose stelden, er meestal een advies van doorbehandelen volgde. Maar niet altijd, bijvoorbeeld wegens gebrekkige therapietrouw die niet goed te beïnvloeden leek. Maar bij gebrekkige therapietrouw werd er soms ook niet afgesloten, uit angst voor een conflict of klacht. Opmerkelijk was dat angst voor suïcide als reden om de behandeling voort te zetten nauwelijks naar voren kwam. In de discussie bleek verder dat bij patiënten met minder ernstige beelden en redelijk (sociaal) functioneren het uitblijven van enige respons op eerdere behandelingen reden tot afsluiten van de behandeling kon zijn.

Behandelaren ervoeren de outtakemiddag als verhelderend en steunend om met elkaar als team systematisch overwegingen te expliciteren en verantwoording af te leggen. Zij voelden zich na afloop zekerder over hun beleid.

Samenvattend lijkt de outtakemiddag op drie niveaus iets op te leveren:

1. Op het niveau van de individuele patiënten worden er ontslagplannen gemaakt die ook feitelijk leiden tot ontslag uit de zorg van onze afdeling.
2. Op het niveau van de populatie wordt zichtbaar voor welke patiënten zulke plannen niet gemaakt worden en waarom. Zo blijken er op onze afdeling ‘slapende behandelingen’ te zijn die gemakkelijk aan de aandacht ontsnappen.

3. Ook wordt duidelijker welke dilemma's er ontstaan bij het beëindigen van langdurige behandelingen (op onze afdeling). Hoe gaan we om met een lastige, klagende patiënt die we eigenlijk geen zinvolle behandeling te bieden hebben? Is het terecht dat we soms besluiten geen volgende, vaak intensievere en ingrijpende behandeling aan te bieden terwijl de patiënt wel nog klachten heeft?

Het team ervaart deze bewustwording als nuttig en steunend; minstens even belangrijk is dat er door het beëindigen van niet efficiënte behandelingen weer ruimte ontstaat voor nieuwe patiënten. De outtake kan transdiagnostisch worden ingezet, dus onafhankelijk van de setting en aandoening. In elke beoordeling moet ook worden bekeken of comorbide stoornissen (in het geval van depressie: posttraumatische stressstoornis (PTSS), verslaving of persoonlijkheidsproblematiek) mogelijk beter elders behandeld kunnen worden. Wanneer depressie bijvoorbeeld niet langer op de voorgrond stond, werd regelmatig gekozen voor verwijzing naar gespecialiseerde teams binnen of buiten onze instelling.

Beperkingen

Ons onderzoek heeft ook beperkingen. Ten eerste blijft het zonder controlegroep de vraag of er als gevolg van de outtakemiddag daadwerkelijk meer patiënten zijn ontslagen dan anders, waarbij we tevens de vraag kunnen stellen of dit ook het doel is: cyclisch beoordelen van de zinvolheid van behandelingen is op zichzelf zinvol.

Ten tweede is ons outtakeformulier (de *OutForm*) specifiek voor onze afdeling voor behandeling van depressieve stoornissen. Op verzoek zijn er varianten gemaakt voor en gebruikt door de polikliniek angst en dwang en voor een FACT-team (*flexible assertive community treatment*) binnen onze instelling. Met name die voor het FACT-team ziet er heel anders uit, met bijvoorbeeld als eerste vraag of er een andere, minder intensieve behandeling mogelijk is. Afdelingen die op dezelfde manier willen gaan werken, dienen dus hun eigen *OutForm* te ontwikkelen.

Ten derde zijn ook onze bevindingen op populatieniveau en de vragen en dilemma's die wij zijn tegengekomen waarschijnlijk specifiek voor onze polikliniek depressie.

CONCLUSIE

We presenteren onze werkwijze als een manier om gevolg te geven aan de aanbeveling van Koekoek e.a. om te investeren in besluitvormingsvaardigheden en -procedures om langlopende behandelingen systematisch te evalueren en, indien wenselijk, te beëindigen. Zij adviseren dit gezien de schaarse middelen van diensten, de grote vraag van mensen om hulp en het onbenutte potentieel aan autonomie bij patiënten. Zowel de menselijke als de economische baten van beëindigen van een langdurige behandeling kunnen aanzienlijk zijn.⁷

Het beschrijven van onze werkwijze in dat verband en de ervaringen daarmee levert een bijdrage aan de ontwikkeling van zulke vaardigheden en procedures. Onze werkwijze met een jaarlijkse outtakemiddag en het gebruik van een outtakeformulier levert op dat er ontslagplannen voor langlopende behandelingen gemaakt en uitgevoerd worden en maakt problemen en dilemma's daarbij inzichtelijk en bespreekbaar. Verdere versterking van gedeelde besluitvorming is een aandachtspunt in de doorontwikkeling van deze werkwijze.

LITERATUUR

- 1 Spijker J, Ruhé E, Bockting C, e.a. (Werkgroep Depressie). Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2024. https://richtlijnen database.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_richtlijn_depressie_2024.html
- 2 Howland RH. Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) – Part 2: Study outcomes. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2008; 46: 21-4.
- 3 Arts W, Reinders M. Het afsluiten van eindeloze behandelingen. Gedragstherapie 2012; 45: 405-16.
- 4 Reinders M, Boot K. Korter behandelen of efficiënter behandelen? Gedragstherapie 2020; 53: 103-13.
- 5 Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. Arch Gen Psychiatry 1981; 38: 542-5.
- 6 Bonavito T, Sandhu S, Pascolo-Fabrizi E, e.a. What does dependency on community mental health services mean? A conceptual review with a systematic search. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016; 51: 561-74.
- 7 Koekkoek B, van Meijel B, Perquin A, e.a. 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 2019; 19: 92.

AUTEURS

Frans Poolen, klinisch psycholoog/psychotherapeut, poli depressie De Nieuwe Valerius, GGZ inGeest, Amsterdam.

Josine Verhoeven, gz-psycholoog, poli depressie De Nieuwe Valerius, GGZ inGeest, Amsterdam.

Anneke van Schaik, senior onderzoeker, poli depressie De Nieuwe Valerius, GGZ inGeest, Amsterdam.

Michiel Reinders, klinisch psycholoog, Expertisecentrum Psychosomatiek, GGZ inGeest, Amstelveen.

Margot van der Wart, manager, De Nieuwe Valerius, GGZ inGeest, Amsterdam.

Christiaan Vinkers, psychiater, poli depressie De Nieuwe Valerius, GGZ inGeest, Amsterdam; hoogleraar Stress en Veerkracht, Amsterdam UMC.

Correspondentie

Frans Poolen (frans.poolen@ggzingeest.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(7):403-406