

# Therapietrouw bevorderende maatregelen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg: een overzicht

Mr. Q. van Dieren, dr. M.J.N. Rijckmans, prof. dr. A.J.J.M. Vingerhoets

Therapietrouw binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg is al jaren een veel voorkomend maar tevens onderbelicht probleem. Onvoldoende terapietrouw kan onder andere resulteren in het onnodig mislukken van een behandeling, een chronisch beloop met ernstige complicaties, vergroting van wachtlijsten en een zwaardere belasting van de sociale omgeving. Vreemd genoeg hebben de aanzienlijke nadelige gevolgen voor de cliënt, zijn familie en de maatschappij in de voorbije jaren niet geresulteerd in veel onderzoek naar mogelijkheden om terapietrouw te verbeteren. Ook overzichtsartikelen hierover ontbreken in de literatuur. Dit artikel bevat een overzicht van maatregelen die terapietrouw kunnen bevorderen alsmede van de factoren die kunnen samenhangen met de mate van terapietrouw.

Trefwoorden: compliance, drop-out, no-show, therapieontrouw, terapietrouw.

Therapietrouw binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg is al jaren een veel voorkomend maar tevens onderbelicht probleem (Korrelboom, Huijbrechts, Zizar & Hoffman, 2007; Meyer, 2001; Peeters & Bayer, 1999; Schippers, 2002). Kennelijk waren de nadelen van therapieontrouw voor cliënten, hun omgeving en de maatschappij tot dusver onvoldoende aanleiding voor meer aandacht en onderzoek. Als de gevolgen van therapieontrouw op een rijtje worden gezet kunnen wij niet anders dan concluderen dat het tekort aan aandacht voor dit thema onterecht is. Zo kan onvoldoende terapietrouw resulteren in het onnodig mislukken van een behandeling, verergering van een stoornis, toename van de medische zorg en een chronisch beloop met ernstige complicaties (Van Elteren, 2007; Vergouwen, Burger, Verheij & Koerselman, 2007; Vergouwen & Bakker, 2001). Verder wordt de sociale omgeving langer en zwaarder belast, kunnen resultaten van wetenschappelijk onderzoek niet adequaat worden geïnterpreteerd, lopen de gemeenschapskosten op, worden wachtlijsten langer en raken hulpverleners gefrustreerd (Barron, 1980; Frankel & Hovell, 1978; Pekarik, 1978; Tent, 2007). Dit artikel bevat een overzicht van maatregelen die terapietrouw kunnen bevorderen alsmede van de factoren die kunnen samenhangen met de mate van terapietrouw.

## Terminologie

Literatuur en praktijk kennen een grote verscheidenheid aan begrippen voor terapietrouw. Zo wordt in de Nederlandstalige

literatuur naast terapietrouw o.a. gesproken over therapeutische medewerking, controlebereidheid, slikbereidheid en coöperatie. Engelstalige termen zijn o.a. compliance, adherence, obedience, concordance, collaboration en therapeutic alliance. Wij kiezen voor het begrip 'therapietrouw' omdat dit een Nederlandstalig begrip is, semantisch behoorlijk de lading dekt en binnen de zorg een brede bekendheid heeft.

Therapietrouw wordt door ons opgevat als de resultante van een samenwerkingsrelatie waarin cliënt en behandelaar samen een behandelstrategie uitwerken en vervolgens uitvoeren. In de praktijk omvat therapieontrouw (1.) het zich niet aan afspraken en huiswerkopdrachten houden (waaronder het wisselvallig of niet innemen van medicatie), (2.) het zonder afmelding niet op een specifieke afspraak verschijnen (no-show) en (3.) het uit eigen beweging voortijdig stoppen met de behandeling (drop-out).

Voor wat betreft de hierboven onder (2.) genoemde no-show problematiek werden in eerdere Nederlandse studies bij RIAGG's no-show percentages gevonden variërend tussen 10 procent en 14 procent (Van der Sande, Hoof & Hutschemakers, 1992; Van der Wouden, Rijnders & Trijsburg, 1994; Peeters & Bayer, 1999). In de Engelstalige literatuur worden no-show percentages genoemd variërend tussen 11 procent en 57 procent (Allan, 1988; Lesaca, 1995; Mooney & Johnson, 1992; Palmer & Hampton, 1987).

## Methode

De eerste stap behelsde een literatuuronderzoek (Pubmed., Psych.lit., Medline, OCLC, Pica) met als zoektermen 'therapietrouw', 'therapieontrouw', 'therapeutische medewerking', 'controlebereidheid', 'no-show', 'drop-out', 'compliance',

'non-compliance', 'adherence' en 'concordance' van de periode 1978 – 2010. De tweede stap was het via sleutelpublicaties opsporen van nieuwe literatuur. Daarnaast is door één van de auteurs op een symposium een presentatie gehouden en deelgenomen in een forum voor experts en zijn enkele aanvullingen die daaruit voort kwamen meegenomen. Hieronder volgen eerst de uitkomsten van ons onderzoek met betrekking tot de factoren die kunnen samenhangen met de mate van therapietrouw.

### Factoren die wel of niet samenhangen met therapietrouw

De factoren die wel of niet samenhangen met de mate van therapietrouw zijn onder te verdelen in (1) persoonsgebonden factoren, (2) aandoeninggebonden factoren, (3) behandelinggebonden factoren en (4) factoren samenhangend met de sociale omgeving. In de tabellen 1 t/m 4 staat per categorie een overzicht. In de kolom 'Samenhang' wordt met een "+" aangegeven dat sprake is van een positieve samenhang met therapietrouw (dus hogere therapietrouw) en met een "-" dat sprake is van een negatieve samenhang met therapietrouw (dus lagere therapietrouw). Binnen de catego-

rie persoonsgebonden factoren zijn enkele tegenstrijdige resultaten gevonden die als zodanig in tabel 1 zijn opgenomen.

Het overzicht zoals weergegeven in de tabellen biedt ons enig inzicht en een bredere context voor de hierna te bespreken maatregelen. In de meeste gevallen zullen (elementen van) de beschreven factoren bij deze maatregelen kunnen worden herkend, in enkele gevallen slechts in beperkte mate of niet.

### Therapietrouw bevorderende maatregelen

De in de literatuur genoemde maatregelen kunnen worden onderverdeeld naar maatregelen op behandelaarniveau en maatregelen op managementniveau.

#### Maatregelen op behandelaarniveau

Behandelaren kunnen op de volgende domeinen maatregelen nemen:

- (1) *Therapeutische relatie*: de behandelaar dient klantvriendelijk te handelen en te investeren in de kwaliteit van de relatie (De Haan & Bremmer, 1999). Vanzelfsprekend gelden hierbij de

Tabel 1.

#### Overzicht van persoonsgebonden factoren

Factor	Samenhang	Doelgroep	Referentie onderzoek
Opleiding	geen	Algemeen GGZ	Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
Intelligentie	geen	Schizofrenie	Fenton, Blyler & Heinssen, 1997
Geloof	geen	Schizofrenie	Fenton et al., 1997
Leeftijd	geen	Schizofrenie	Fenton et al., 1997
	- (jonger)	Geneesmiddel specifiek Eerstelijng algemeen Algemeen GGZ	Boczkowski & Zeichner, 1985; Weingarten & Cannon, 1988 Goldman, Freidin, Eigner & Grich, 1982; Meyer, 2001
Geslacht	geen	Schizofrenie Algemeen GGZ	Fenton et al., 1997 Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
	- (meisjes)	Algemeen jeugd	Lefebvre, Sommerauer, Cohen, Waldron & Perry, 1983
Soc. Econ status	geen	Schizofrenie Algemeen GGZ	Fenton et al., 1997 Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
	- (lager)	Algemeen jeugd Algemeen GGZ	Lefebvre et al., 1983 Meyer, 2001
Ras	geen	Algemeen GGZ	Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
Sociaal-culturele achtergrond	- ("uit lagere klasse")	Algemeen geneesmiddelen Algemeen Algemeen jeugd	Broekhuysen, Vreugdenhil & Thien, 1994; Kluger, 1983; Larsen, Ngyuyen, Green & Attkinson, 1983. Lefebvre et al., 1983
Motivatie	- (lager)	Algemeen	Folkins, Hersch & Dahlen, 1980

Tabel 2.

Overzicht van aandoeninggebonden factoren			
Factor	Samenhang	Doelgroep	Referentie onderzoek
As I / As II	- (as II)	Algemeen GGZ	Ten Kate, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven, 2007
Middelen misbruik	-	Schizofrenie	Fenton et al., 1997
Ernst van de klachten	+ (ernstiger)	Algemeen geneesmiddelen	Broekhuysen et al., 1994
Ervaren behoefte	+ (hoger)	Algemeen	Folkins et al., 1980

algemene principes voor hulpverlenende gespreksvoering zoals open en uitnodigend zijn, actief luisteren, gepast oogcontact onderhouden en het tonen van respect en medeleven (Lingam & Scott, 2002). De behandelaar dient de verwachtingen van en de opvattingen over de behandeling boven water te krijgen (Schipper, 2002). De cliënt wordt serieus genomen door bij therapieontrouw telkens na te gaan wat hiervan de reden is.

- (2) *Goede informatieverstrekking*: de cliënt en belangrijke anderen dienen op de juiste wijze (mondeling en schriftelijk) en in de juiste hoeveelheid geïnformeerd te worden over de stoornis, de behandeling, de prognose en de maatregelen ter voorkoming van terugval (Chen, 1991). Verder kan de cliënt worden verteld dat therapietrouw essentieel is voor een succesvolle behandeling alsmede dat sprake kan zijn van een verhoogd recidief risico bij onvoldoende therapietrouw. Ook dient de behandelaar het 'hoe en waarom' van de behandeling te verduidelijken (Lingam & Scott, 2002).
- (3) *Sociale steun*: partners, kinderen en andere belangrijke anderen kunnen bij de behandeling worden betrokken en de cliënt vergezellen bij afspraken met de behandelaar of hem brengen en halen (Buchanan, 1992). Ook kan het soms van belang zijn gedrag van belangrijke anderen te sturen om bijvoorbeeld te voorkomen dat een belangrijke ander te betuttelend of te bestraffend wordt naar de cliënt (Lingam & Scott, 2002).
- (4) *Behandelstrategie*: de behandelstrategie dient op de levensstijl van de cliënt te worden afgestemd. Hoe moeilijker het voorgeschreven behandelingsregime, hoe groter het risico op therapieontrouw (Lingam & Scott, 2002). Ook dient de cliënt zo veel mogelijk actief te worden betrokken, bijvoorbeeld door gebruik van registratieopdrachten.
- (5) *Flexibel onderhandelen*: het is belangrijk een gemotiveerde cliënt niet te ontmoedigen. Indien bijvoorbeeld een cliënt persé een behandelmethode wenst die volgens stepped-care opvattingen niet is geïndiceerd omdat deze te uitgebreid is, kan een verzoek van een cliënt soms toch beter worden gehonoreerd indien de behandelmethode niet onderhandelbaar blijkt (Knoppert – Van der Klein & Hoogduin, 1998).
- (6) *Afsprakenbeleid van de behandelaar*: het is verstandig om in het eerste gesprek met de cliënt nadrukkelijk de procedures en het beleid op het gebied van afspraken te bespreken. Bij voorkeur dienen afspraken te worden gepland voor telkens dezelfde dag van de week en op hetzelfde tijdstip (Knoppert – Van

der Klein & Hoogduin, 1998). Er dient rekening te worden gehouden met de dagelijkse activiteiten en verplichtingen van de cliënt. Ook kan worden gevraagd of contact mag worden opgenomen met een belangrijke ander als de cliënt niet te bereiken is of niet verschijnt op een afspraak. Indien een cliënt een afspraak niet nakomt dient te worden benadrukt dat continuïteit belangrijk is en dient te worden besproken welke middelen de cliënt kunnen helpen om de volgende keer wel de afspraken na te komen. Dit laatste moet wel gebeuren middels motiverende strategieën (Schipper, 2002).

- (7) *Omgaan met bijwerkingen van medicatie*: het is wenselijk om in gesprekken met de cliënt een onderscheid te maken tussen ervaren ongemakken, de bijwerkingen die ze kennen en die waarover ze zich zorgen maken. Dit zorgt voor een meer systematische bespreking. Gesprekken over het veranderen van dosering of overgaan op andere medicatie moeten gepaard gaan met duidelijke informatieverstrekking rondom de voor- en nadelen van dergelijke veranderingen (Colom & Vieta, 2002).
- (8) *Medicatiegebruik bij stemmingsstoornissen*: uit verschillende studies komt naar voren dat korte cognitief-gedragsmatige behandeling de medicatietrouw positief beïnvloedt (Katon, Korff & Lin, 1995). Inname-schema's dienen zo eenvoudig mogelijk te worden gehouden (Goodwin & Jamison, 1990). Medicatieboxen voor dagelijkse dosering en grote letter-etiketten worden op indicatie aanbevolen (Salzman, 1995). Verder kan het plaatsen van herinneringsbriefjes op belangrijke plaatsen en het koppelen van inname aan belangrijke dagelijkse activiteiten helpen (Scott & Wright, 1997). Daarnaast bestaan er natuurlijk vele vormen van registratie van medicatie-inname (Essex, Roig & Renshaw, 1990).
- (9) *Medicatiegebruik bij psychotische stoornissen*: gedragsmatige interventies zoals medicijnen op een zichtbare plaats bewaren, inname koppelen aan een dagelijks routine en zelf-monitoring met een kalender blijken beter te werken dan didactische of controle interventies (Boczkowski, Zeichner & De Santo, 1985). Gedragsmatige behandeling gericht op de cliënt en zijn systeem tezamen gaf betere resultaten dan individuele steunende interventies (Strang, Falloon, Moss, Razini & Boyd, 1981). Psycho-educatie heeft lang niet altijd effect op de therapietrouw (De Haan & Bremmer, 1999). Depotmedicatie kan op indicatie worden aanbevolen bij

Tabel 3.

Overzicht van behandelingsgebonden factoren			
Factor	Samenhang	Doelgroep	Referentie onderzoek
Tevredenheid behandeling	+	Schizofrenie Algemeen GGZ	Marder, 1983 Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
Juiste wijze van informatie verschaffen	+	Algemeen GGZ	Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998; Lingam & Scott, 2002
Cliëntgerichtheid	+	Verslaving Algemeen GGZ	Tjaden, 2005 Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
Therapeutische relatie	+ (goed)	Schizofrenie Algemeen GGZ	Frank & Gunderson, 1990 Lingam & Scott, 2002
Financiële prikkels	+	Algemeen GGZ	Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998
Retentie-capaciteit setting	+ (hoger)	Verslaving	Schaap, 2005
Ziektebesef en ziekte inzicht	+	Schizofrenie  Algemeen GGZ Algemeen geneesmiddelen	Buchanon, 1992; Hoge, Appelbaum, Lawlor, Beck, Litman & Greer, 1990 Lingam & Scott, 2002 Broekhuysen et al., 1994
Bijwerkingen	- (meer)	Schizofrenie  Algemeen geneesmiddelen Depressieve stoornis Algemeen GGZ	Buchanan, 1992; Garavan, Browne & Gervin, 1998 Paes, Bakker & Soe-Agnie, 1997; Pullar, Birtwell, Wiles, Hay & Feely, 1988 Elteren, 2007 Colom & Vieta, 2002
Aantal maal per dag medicatie innemen	- (vaker)	Algemeen geneesmiddelen	Broekhuysen et al., 1994 Paes et al., 1997; Pullar et al., 1988
Aantal wachtdagen	- (langer)	Algemeen Algemeen jeugd  Algemeen GGZ	Larsen et al, 1983 Lefebvre et al., 1983 Williams, Latta & Conversano, 2008; Meyer, 2001

schizofreniepatiënten omdat het de medicatietrouw zichtbaar maakt en vergemakkelijkt (De Haan & Bremmer, 1999; Kane, Aguglia & Altamura, 1998).

### Maatregelen op managementniveau

Het management kan op de volgende domeinen maatregelen nemen:

(1) *Organisatiebreed afsprakenbeleid*: in de eerste schriftelijke uitnodiging kan uitdrukkelijk worden uitgelegd waarom de cliënt dient te verschijnen (o.a. dat komen helpt, dat er niets gebeurt waar hij niet achter staat, dat de cliënt zelf verantwoordelijk is en dat hulp aanvaarden geen vrijblijvende zaak is). Voorts kan men standaard herinneringen gebruiken die men een aantal dagen voor de afspraak inzet, bijvoorbeeld door middel van kaartjes of sms-berichten (Reti, 2003; Shivack & Sullivan, 1989). Indien de cliënt zonder tijdige afmelding niet op de eerste afspraak verschijnt, dient

gepaste actie te worden genomen. De cliënt wordt gebeld en, afhankelijk van de uitkomsten van het overleg, wordt een tweede schriftelijke uitnodiging verstuurd (Boswell, Brauzer, Postlethwaite & Rufa, 1983). Ook kan een instelling overwegen om sancties in te voeren indien cliënten zonder tijdige afmelding en zonder geldige reden niet verschijnen op hun afspraken. Dit kan bestaan uit (oplopende) geldboetes (Bean & Talega, 1992) of het onderaan de wachtlijst plaatsen (Matas, Staley & Griffin, 1992). Uit onderzoek van Lesaca (1995) is naar voren gekomen dat een no-show boete het aantal niet-komers drastisch vermindert ongeacht sekse, betalingswijze of soort stoornis. Tenslotte kan nog worden overwogen om (bepaalde categorieën) cliënten financieel te belonen indien ze wel komen (Wesch, Lutzker, Frisch & Dillon, 1987).

(2) *Verkorting van wachtlijsten*: een langere wachtlijst resulteert in een lagere therapietrouw (Mallard, Leakes, Duncan,

Tabel 4.

## Overzicht van sociale omgeving gebonden factoren

Factor	Samenhang	Doelgroep	Referentie onderzoek
Sociale steun	+	Schizofrenie Algemeen GGZ Algemeen	Buchanan, 1992 Knoppert-Van der Klein & Hoogduin, 1998 Lenzi, 1989
Beschikbaarheid familie / vrienden	+	Schizofrenie	Buchanan, 1992

Fleener & Sinsky, 1994; Orme & Boswell, 1991) doordat het moeten wachten kan worden ervaren als een niet-erkenning van (de ernst van) de stoornis of doordat de nood of de motivatie tijdens het wachten daalt (Folkins, Hersch Dahlen, 1980). Overigens draagt een lagere therapietrouw ook bij aan een langere wachtlijst doordat minder uitstroom van cliënten plaatsvindt (Matas et al., 1992).

- (3) *Gelimiteerde caseload van behandelaars*: het verdient aanbeveling om de caseload van behandelaars tot een bepaald maximum te beperken zodat de periode tussen twee afspraken bij een specifieke behandelaar niet te lang wordt. Gevolg kan anders zijn dat men de cliënt onvoldoende vaak ziet om effectief te kunnen behandelen (Tent, 2007).
- (4) *Uitbreiding contactmogelijkheden met de behandelaar*: de praktische en gevoelsmatige afstand tussen de doorgaans moeilijk bereikbare behandelaar en zijn cliënt kan worden verkort door meer gebruik te maken van e-mail of een periodiek telefonisch spreekuur.
- (5) *Trainen van hulpverleners*: toepassing van motiverende gespreksvoering kan een bijdrage leveren aan verhoging van de therapietrouw (Schippers, 2002). Hiervoor zullen hulpverleners moeten worden getraind. In deze trainingen kan ook aandacht worden besteed aan andere therapietrouw bevorderende maatregelen.
- (6) *Trainen en informeren van verwijzers*: men zou verwijzers kunnen trainen in het beoordelen of iemand dient te worden verwezen naar de eerste dan wel naar de tweede lijn. Ook kan men verwijzers trainen in het op de juiste wijze motiveren van cliënten en het scheppen van de juiste verwachtingen bij deze cliënten (Korrelboom et al., 2007). Daarnaast kan men verwijzers voorzien van goede schriftelijke informatie over de instelling die door hen aan cliënten kan worden overhandigd.
- (7) *Goede schriftelijke informatie*: veel cliënten zouden baat kunnen hebben bij heldere brochures over organisatie en werkwijze van de instelling alsmede een reeks van brochures met informatie per stoornis (Chen, 1991).
- (8) *No-shows gespecificeerd registreren*: door middel van enkele eenvoudige coderingen zouden niet-komers meer gespecificeerd kunnen worden geregistreerd in de elektronische urenadministratie (bijvoorbeeld: ziek, vergeten, verslapen, niet durven, geen vertrouwen, geen zin, te druk). Zo

kan meer inzicht ontstaan in waarom cliënten niet komen en kunnen meer gerichte maatregelen worden genomen (Peeters & Bayer, 1999).

- (9) *Expliciet no-show beleid*: in een expliciet no-show beleid dient onder andere te worden beschreven wat wel en wat niet als no-show wordt beschouwd en wat de gedragsrichtlijnen voor behandelaars zijn. Twee van de auteurs zijn betrokken bij een momenteel lopend wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van een algemeen no-show beleid binnen een (deel van een) zorginstelling.

### Tot besluit

Doel van dit artikel was het in kaart brengen van maatregelen die de therapietrouw kunnen bevorderen en factoren die samenhangen met de mate van therapietrouw. Zeer kort samengevat komt het eerstgenoemde neer op training van behandelaars enerzijds en het doorvoeren van organisatieverbeteringen anderzijds. Dit zal tijd en geld kosten. Dat de kost hier voor de baat gaat is evident, maar de investeringskosten van een aantal maatregelen zijn gering.

Al eerder betoogden wij dat, als alle nadelen verbonden aan therapieontrouw op een rijtje worden gezet, men niet anders kan dan concluderen dat de geringe aandacht onterecht is. Mogen we verwachten dat de geïntroduceerde marktwerking en prestatiebekostiging wel zullen gaan resulteren in meer belangstelling voor dit fenomeen? Immers behandelingen die vertraging oplopen tengevolge van therapieontrouw kunnen binnen de DBC-systematiek pas later worden gefactureerd. Daarnaast kunnen deze vertragingen resulteren in langere wachtlijsten en een tengevolge slechtere onderhandelingspositie ten opzichte van zorgfinancierders. Ook slechte behandelresultaten ten gevolge van therapieontrouw kunnen de onderhandelingspositie ten opzichte van zorgfinancierders verslechteren. Mogelijk dat deze financiële aspecten er aan zullen bijdragen dat het onderzoek naar therapietrouw bevorderende maatregelen zal toenemen. ■

### Literatuur

- Allan, A. (1988). No-shows at a mental health clinic: a pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 40-46.
- Barron, W.M. (1980). Failed appointments: who misses them, why they are missed and what can be done. *Primary Care*, 7, 563-574.
- Bean, A. G., & Talega, J. (1992). Appointment breaking: causes and solutions. *Journal of Health Care Marketing*, 12, 14-25.

- Boczkowski, J.A., Zeichner, A., & De Santo, N. (1985). Neuroleptic compliance among chronic schizophrenic outpatients: An intervention outcome report. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 53, 666-671.
- Boswell, P.C., Brauzer, B., Postlethwaite, N., & La Ruffa, A. (1983). Improving aftercare patients' compliance with appointments through phone calls and letters. *Hospital & Community Psychiatry*, 34, 358-359.
- Broekhuysen, A.M., Vreugdenhil, G., & Thien, T. (1994). Therapietrouw: bepalende factoren en mogelijkheden ter verbetering. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138, 850-854.
- Buchanan, A. (1992). A prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 22, 787-797.
- Chen, A. (1991). Noncompliance in community psychiatry: a review of clinical interventions. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 282-287.
- Colom, F., & Vieta, E. (2002). Non-adherence in psychiatric disorders: Misbehaviour or clinical feature? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 3, 161-163.
- Elteren, M. van (2007). Het menselijk gedrag onder de loep. *Pharmaceutisch weekblad*, 142(5), 36-39.
- Essex, B., Roig, R., & Renshaw, J. (1990). Pilot study of records of shared care for people with mental illnesses. *British Medical Journal*, 300, 1442-1446.
- Fenton, W.S., Blyler, C.R., & Heinsen, R.K. (1997). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 637-651.
- Folkins, C., Hersch, P., & Dahlen, D. (1980). Waiting time and No-Show rate in a Community Mental Health Center. *American Journal of Community Psychology*, 1, 121-123.
- Frank, A.F., & Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228-236.
- Frankel, B.S., & Hovell, M.F. (1978). Health Service appointment keeping: a behavioural view and critical review. *Behavior Modification*, 2, 435-464.
- Garavan, J., Browne, S., & Gervin, M. (1998). Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 215-219.
- Goldman, L., Freidin, R., Cook, E.F., Eigner, J., & Grich, P. (1982). A multivariate approach to the prediction of no-show behavior in a primary care center. *Archives of Internal Medicine*, 142(3), 563-7.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (1990). Manic depressive illness. Oxford University Press, 725-745.
- Haan, L. de & Bremmer, M.A. (1999). Verbetering van therapietrouw bij de behandeling van schizofreniepatiënten met antipsychotica. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 39-43.
- Hoge, S.K., Appelbaum, P.S., Lawlor, T., Beck, J.C., Litman, R., & Greer A. (1990). A prospective, multicenter study of patients' refusal of antipsychotic medication. *Archives of General Psychiatry*, 47, 949-956.
- Kane, J.M., Aguglia, E., & Altamura, A.C. (1998). Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology Consensus Congerence in Siena, Italy. European Neuropsychopharmacology*, 8, 55-60.
- Kate, C.A. ten, Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Muller, N., & Spinhoven, P.H. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(9), 597-609.
- Katon, W., Von Korff, M., & Lin, E. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1026-1031.
- Knoppert - Van der Klein, E.A.M., & Hoogduin, C.A.L. (1998). Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, C.W., Huijbrechts, I.P.A.M., Zirar, D., & Hoffman, T.O. (2007). Wie zijn de no-shows en waarom blijven ze weg? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49(9), 623-628.
- Larsen, D.L., Ngyuyen, T.D., Green, R.S., & Attkinson, C.C. (1983) Enhancing the utilization of outpatient mental health services. *Community Mental Health Journal*, 19, 305-320.
- Lefebvre, A., Sommerauer, J., Cohen, N., Waldron, S., & Perry, I. (1983). Where did all the "No-Shows" go? *Canadian Journal of Psychiatry*, 28(5), 387-90.
- Lesaca, T. (1995). Assessing the influence of a no-show fee on patient compliance at a CMHC. *Administration and Policy in Mental Health*, 6, 629-631.
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(3), 164-172.
- Mallard, S.D., Leakes, T., Duncan, W.J., Fleenor, M.E. & Sinsky, R.J. (2004). Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *Journal of Public Health management & Practice*, 10, 148-155.
- Marder, S.R., Mebane, A., Chien, C.P., Winslade, W.J., Swann, E. & Putten, T. van (1983). A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American journal of psychiatry*, 140, 470-472.
- Matas, M., Staley, D., & Griffin, W. (1992). A profile of the non-compliant patient: a thirty month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 124-130.
- Meyer, S.M. (2001). Why they don't come back: a clinical perspective on the no-show client. *Clinical Social Work Journal*, 4, 324-339.
- Mooney, D.K., & Johnson, R.D. (1992). Rural mental health appointment adherence: implications for therapy. *Community Mental Health Journal*, 28, 135-139.
- Orme, D.R., & Boswell, D. (1991). The pre-intake drop-out at a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 27, 375-379.
- Paes, A.H., Bakker, A., & Soe-Agnie, C.J. (1997). Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*, 20, 1512-1517.
- Palmer, D., & Hampton, P.T. (1987). Reducing broken appointments at intake in a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 23, 76-78.
- Peeters, F.P.M.L., & Bayer, H. (1999). 'No show' for initial screening at a community mental health centre: rate, reasons and further help-seeking. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34, 323-327.
- Pekarik, G. (1978). Follow-up adjustment of outpatient dropouts. *American Journal Orthopsychiatry*, 53, 501-511.
- Pullar, T., Birtwell, A.D., Wiles, P.G., Hay, A., & Feely, M.P. (1988). Use of a pharmacologic indicator to compare compliance with tablets prescribed to be taken once, twice, or three times daily. *Clinical Pharmacology Therapeutics*, 44, 540-545.
- Reti, S. (2003). Improving outpatient department efficiency: a randomized controlled trial comparing hospital and general practice telephone reminders. *New Zealand medical Journal*, 116, 1175.
- Salzman, C. (1995). Medication compliance in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 18-22.
- Sande, R. van der, Hoof, F. van, & Hutschemakers, G. (1992). Demand and supply in the CMHC. A study of CMHC health care delivery for adults: clients, presenting complaints and treatments. Utrecht: NcGv-reeks.
- Schaap, G.E. (2005). Drop-out en effectiviteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 1.
- Schippers, G.M. (2002). Motiverende gespreksvoering. *Maandblad geestelijke Volksgezondheid*, 57, 250-265.
- Scott, J., & Wright, J. (1997). Cognitive therapy for severe mental disorders. In: *Review of psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Shivack, I.M., & Sullivan, C.W. (1989). Use of telephone prompts at an inner-city outpatient clinic. *Hospital & Community Psychiatry*, 40, 851-853.
- Strang, J.S., Falloon, I.R.H., Moss, H.B., Razini J., & Boyd, J.L. (1981). The effect of family therapy on treatment compliance in schizophrenia. *Psychopharmacology Bulletin*, 17(3), 87-88.
- Tent, M. (2007). Therapietrouw schrikbarend laag: Achilleshiel van de moderne geneeskunde. *Pharmaceutisch weekblad*, 142(5), 22-21.
- Tjaden, B.R., Koeter, M.M.W., Brink, W. van den, & Vertommen, H. (2005). De invloed van signatuur van de behandelinstelling op drop-out: een onderzoek bij drie typen verslavingszorginstellingen. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 47(1), 7-17.
- Vergouwen, A.C.M., Burger, H., Verheij, T.J.M., & Koerselman, G.F. (2007). Hoe kunnen de resultaten van de eerstelijnsbehandeling van depressie worden verbeterd? *Tijdschrift voor psychiatrie* 49(8), 559-567.
- Vergouwen, A.C.M. & Bakker, A. (2001). Therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva. *Patient care*, 28(3), 62-66.
- Weingarten, M.A., & Cannon, B.S. (1988). Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population. *Family practice*, 5, 294-296.
- Werff, G.F.M. van der (2001). De invloed van cultuur op therapietrouw. *Tijdschrift voor Huisartsgeneeskunde*, 18(6), 220-223.
- Wesch, D., Lutzker, J.R., Frisch, L., & Dillon, M.M. (1987). Evaluating the impact of a service fee on patient compliance. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 91-100.
- Williams, M.E., Latta, J., & Conversano, P. (2008). Eliminating the wait for mental health services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35(1), 107-114.
- Wouden, S. van der, Rijnders, P.B.M., & Trijsburg, R.W. (1994). No-show: een verkenning van het fenomeen van de niet verschijnende patiënt. *Gedrag & Gezondheid*, 2, 89-93.

■ Mr. Quincy van Dieren, GZ-psycholoog, GGZ Breburggroep,  
 dr. M.J.N. Rijckmans, senior wetenschappelijk medewerker  
 GGZ Breburggroep, prof. dr. A.J.J.M. Vingerhoets, hoogle-  
 raar sectie klinische psychologie Universiteit van Tilburg.  
 Correspondentie adres:  
 Quincy van Dieren  
 GGZ Breburg Groep  
 Postbus 770  
 5000 AT, Tilburg  
 q.vandieren@ggzbreburggroep.nl  
 Tel. 013-5808370