

# Gedwongen behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis in de thuissituatie

D.A. DE WAARDT, F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN

- ACHTERGROND** In steeds meer landen wordt bij de behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis in de ambulante setting gebruikgemaakt van dwang. Met de komst van de nieuwe Wet verplichte ggz zullen hiervoor ook in Nederland meer mogelijkheden komen.
- DOEL** Een overzicht geven van de wetenschappelijke literatuur over gedwongen behandeling in de thuissituatie, gericht op de effectiviteit, de meningen van patiënten en familieleden, de visie van behandelaars en de kosten.
- METHODE** Een systematisch literatuuronderzoek in PubMed en Trip.
- RESULTATEN** Er waren geen overtuigende bewijzen dat dwang in de ambulante setting een effectievere behandeloptie is dan vrijwillige zorg wanneer opnameduur en het aantal heropnames als uitkomstmaten dienen. Niet-gecontroleerd onderzoek liet zien dat patiënten en behandelaars over het algemeen positief zijn.
- CONCLUSIE** Onderzoek uit Engeland en de Verenigde Staten toont niet aan dat gedwongen ambulante behandeling effectiever is dan vrijwillige ambulante behandeling als het gaat om het verkorten van de opnameduur, het voorkomen van heropnames of klinische effecten. Er is geen onderzoek beschikbaar dat een vergelijking maakt tussen klinische en ambulante gedwongen behandeling met oog op deze uitkomstmaten.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)4, 221-228

**TREFWOORDEN** ambulante zorg, dwang, wetgeving



ARTIKEL



'Dwang in de thuissituatie, dan zijn we straks ook niet meer veilig in ons eigen huis!', aldus een ervaringsdeskundige over gedwongen thuisbehandeling. Momenteel zijn er in Nederland twee nieuwe wetsvoorstellen in de maak die de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) zullen vervangen. Het betreft de wetsvoorstellen Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. De Wet verplichte ggz is een behandelwet voor patiënten met een psychiatrische stoornis. De Wet zorg en dwang heeft betrekking op mensen met een verstandelijke beperking of een dementiesyndroom.

Eén van de grote veranderingen die de Wet verplichte ggz met zich mee zal brengen, is dat nadruk zal worden gelegd op het zo veel mogelijk thuis behandelen van patiënten. Met als ultimatum remedium de mogelijkheid tot het toepassen van dwang in de thuissituatie. Pas als dat niet toereikend of passend is, zal klinische opname worden overwogen. In verschillende landen wordt al gewerkt met de mogelijkheid van gedwongen behandeling in de thuissituatie. Hiervoor worden diverse termen gehanteerd, zoals 'compulsory community treatment' (cct), 'compulsory community care', 'supervised community treatment' en 'involuntary outpatient commitment' (Sjöström e.a. 2011). In dit artikel zal hiernaar verwezen worden als cct.

cct werd eerst geïntroduceerd in de Verenigde Staten in de jaren 80 en later onder meer in Nieuw-Zeeland, Australië, Canada, het Verenigd Koninkrijk, Israël en Zweden (Churhill 2007; Sjöström e.a. 2011).

De introductie van cct in de Verenigde Staten was gedeeltelijk een gevolg van de de-institutionalisering. Men zag een steeds groter wordende groep patiënten met chronische psychiatrische aandoeningen die na opname regelmatig een terugval hadden vanwege het staken van hun medicatie. Om te voorkomen dat deze patiënten steeds opnieuw moesten worden opgenomen, zocht men naar een manier om hun therapietrouw ambulant te verhogen en recidieven te voorkomen (Hiday & Scheid-Cook 1991; McIvor 1998).

Daarnaast waren veel landen op zoek naar een manier om ervoor te zorgen dat zorgmijdende patiënten op een zo min mogelijk beperkende wijze toch behandeld werden voor hun psychiatrische stoornis. Gedwongen behandeling in de samenleving werd gezien als het minst beperkende alternatief voor gedwongen klinische opname (Kisely e.a. 2006; Hunt e.a. 2007).

Momenteel zijn er in Nederland beperkte mogelijkheden om iemand thuis gedwongen te behandelen. Eén van de opties is een voorwaardelijk ontslag na een gedwongen opname door middel van een voorlopige machtiging. Sinds 2004 bestaat er bovendien de voorwaardelijke machtiging, die afgegeven kan worden vanuit de thuissituatie als de patiënt instemt met het behandelplan. De voorwaarden die momenteel kunnen worden opgelegd, zijn beperkter dan binnen het concept van het nieuwe wetsvoorstel. Zowel in de huidige situatie in Nederland als in veel andere landen waar gewerkt wordt met cct, staat de wet niet toe daadwerkelijk gedwongen medicatie toe te dienen in de thuissituatie, maar is er de mogelijkheid om patiënten leefregels op te leggen (zoals het innemen van medicatie of het nakomen van afspraken). Als patiënten die regels niet nakomen, kunnen ze alsnog (her)opgenomen worden (Dawson 2006).

Er is internationaal veel discussie over cct, zowel over de effectiviteit als over de onderliggende morele overwegingen van het toepassen van dwang in de thuissituatie. Wij beogen in dit artikel een overzicht te geven van de beschikbare literatuur over gedwongen behandeling van mensen met psychiatrische stoornissen in de thuissituatie.

## METHODE

In PubMed zochten wij met de zoektermen ‘*compulsory community treatment*’, ‘*community treatment order*’ en ‘*court ordered outpatient commitment*’. Voorts werd in de database Trip gezocht op de termen ‘*compulsory AND community AND treatment*’. De relevante artikelen werden geselecteerd op basis van de titel en het abstract. We includeerden

## AUTEURS

**DIEWERTJE DE WAARDT**, ten tijde van het schrijven van dit manuscript aios; thans: psychiater, Vincent van Gogh voor GGZ, Venray.

**FRANK VAN DER HEIJDEN**, psychiater en opleider medisch specialisten, Vincent van Gogh voor GGZ, Venray.

## CORRESPONDENTIEADRES

D.A. de Waardt, Vincent van Gogh, Tegelseweg 210, 5912 BL Venlo.

E-mail: Ddewaardt\_research@outlook.com

Strijdige belangen: F.M.M.A. van der Heijden meldde persoonlijke honoraria van Janssen-Cilag BV, Lundbeck BV en Takeda Nederland BV.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-1-2017.

alle artikelen die onderzoek beschreven naar cct met als focus: effectiviteit, mening van patiënten en naasten, mening van behandelaars, kosteneffectiviteit of patiënt-karakteristieken. Daarna namen we de referenties van de geïnccludeerde artikelen door en selecteerden hieruit de relevante artikelen. In totaal leverde dit 105 artikelen op die we geheel bestudeerden.

De uitkomsten op het gebied van effectiviteit, de mening van patiënten en behandelaars en kosten bespreken we in dit artikel. We kozen deze uitkomstmaten omdat deze volgens ons de belangrijkste aspecten van cct dekken. We werken aan een separaat artikel waarin de morele overwegingen aan de orde zullen komen.

## RESULTATEN

### Effectiviteit van de behandeling

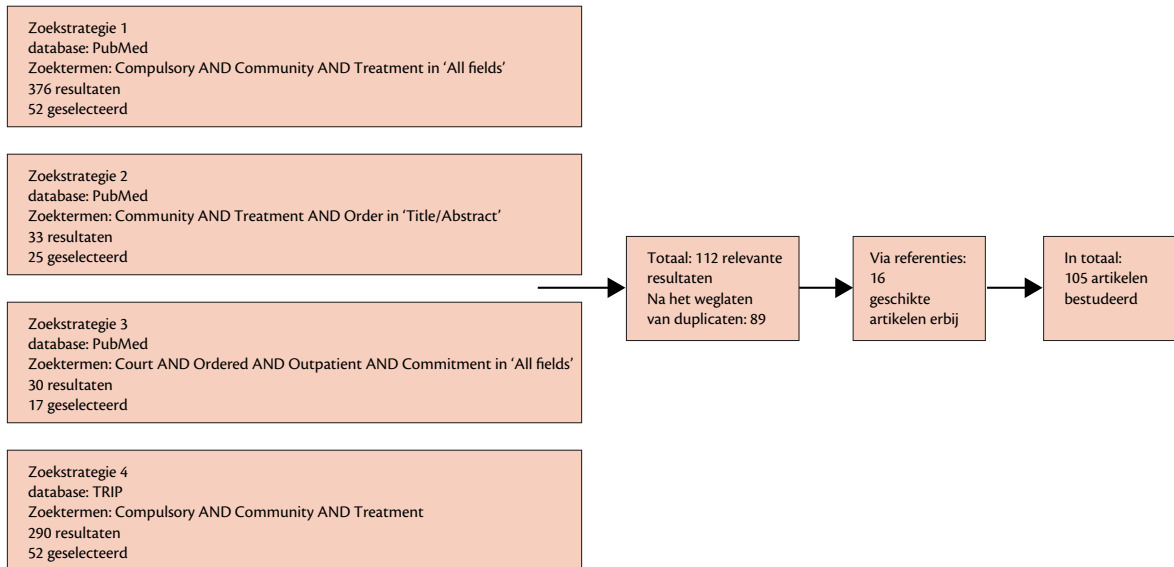
Er verscheen een groot aantal publicaties over de effectiviteit van cct. De meest gebruikte uitkomstmaten waren: aantal heropnames, opnameduur en therapietrouw. Het onderzoek bestaat vooral uit gematchte patiënt-controle-studies en voor- en nastudies waarbij patiënten hun eigen controlepersonen zijn.

### RCT'S

Er werden tot op heden drie gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) verricht waarin de effectiviteit van cct werd onderzocht.

Steadman e.a. (2001) verrichtten een RCT in New York waarbij 142 patiënten na ontslag nazorg in de vorm van intensieve ambulante behandeling kregen. Randomisatie vond plaats naar een groep met en zonder cct. Na 11

**FIGUUR 1** Overzicht van de literatuurzoekactie



maanden werden er tussen de twee groepen geen verschillen gevonden tussen het aantal heropnames, het aantal dagen dat de patiënten in het ziekenhuis waren, symptoomreductie, ervaren dwang, therapietrouw en kwaliteit van leven. Beide groepen werden significant minder vaak opgenomen na hun ontslag in vergelijking met het jaar voorafgaand aan hun deelname aan het onderzoek. Patiënten bekend met ernstige agressie werden in deze studie uitgesloten.

Swartz e.a. (1999) includeerden patiënten met een psychotische of ernstige affectieve stoornis die gedwongen opgenomen waren in North Carolina en eveneens niet bekend waren met ernstige agressie. Na ontslag kregen alle patiënten casemanagement als nazorg. Na randomisatie kregen 129 patiënten wel en 135 patiënten geen CCT. Na één jaar werd geen significant verschil gevonden tussen de beide groepen in het aantal heropnames of opnamedagen.

Middels een post-hocanalyse waarin onderscheid werd gemaakt tussen patiënten die korter of langer dan 180 dagen CCT hadden, bleek dat de groep met een niet-affectieve psychotische stoornis met langere CCT een reductie in het aantal opnames (57%) en opnamedagen (20 dagen) liet zien, in vergelijking met de controlegroep. De auteurs trokken de conclusie dat langdurige CCT in combinatie met intensieve ambulante zorg een effectieve manier kan zijn om de opnameduur en het aantal heropnames voor patiënten met een psychotische stoornis te reduceren.

Burns e.a. (2013) publiceerden de uitkomsten van de zogenaemde OCTET-trial, een RCT waarin 333 patiënten met een psychotische stoornis na opname gerandomiseerd werden in twee groepen. Eén groep ging met een kortdurende (maximaal enkele weken) vorm van voorwaardelijk

ontslag (*section 17 leave*;  $n = 167$ ). De andere groep kreeg na ontslag CCT ( $n = 166$ ). Er werd na een jaar geen verschil gevonden in het aantal heropnames, de tijd tot heropname of het aantal dagen dat patiënten in het ziekenhuis verbleven. Ook waren er geen verschillen in de symptoomscores. Wel was het aantal dagen dat patiënten gedwongen ambulant behandeld werden hoger in de CCT-groep (255 versus 102 dagen).

#### COCHRANE-REVIEW EN ANDERE REVIEWS

De 3 beschikbare RCT's werden recent in een cochrane-review beoordeeld (Kisely & Campbell 2014). De reviewers concludeerden dat CCT niet leidt tot een significante verandering in het gebruik van zorg, sociaal functioneren, tevredenheid met zorg, psychische gezondheid of de kwaliteit van leven in vergelijking met vrijwillige zorg. De drie studies werden door de cochrane-auteurs als relatief kleine onderzoeken bestempeld (respectievelijk  $n = 142$ ,  $n = 264$ ,  $n = 333$ ) met een risico op bias in de blinding. Hierbij bestaat de kans dat behandelaars niet geheel objectief zijn bij het inzetten van behandelinterventies. De reviewers adviseerden om bij de introductie van dit type wetgeving een breed scala aan uitkomstmaten mee te nemen in de evaluatie.

Churchill e.a. (2007) deden een uitgebreide review van 72 kleinere en niet-gerandomiseerde studies naar CCT. Ze beschreven dat er weliswaar uitvoerig onderzoek is gedaan naar CCT, maar dat er veel problemen zijn in de opzet en methodologie van de studies. De resultaten lopen zeer uiteen. Deze auteurs concludeerden dat niet vastgesteld kan worden of CCT voordelig of nadelig is voor patiënten. In een recentere review concludeerden Rugkása e.a. (2014)

eveneens dat er geen wetenschappelijk bewijs is dat de effectiviteit van CCT ondersteunt.

### Kosteneffectiviteit

Er werden twee studies verricht waarin men de kosteneffectiviteit van CCT onderzocht.

Swanson e.a. (2013) deden onderzoek naar de kosten voor de zorg van een groep patiënten (634) uit New York en omliggende regio's die CCT kregen, zowel stads- als dorpsbewoners. Ze vergeleken de kosten voor zorg, juridische procedures en het betrekken van politie van de periode van 1 jaar voor de start van CCT met de periode van 2 jaar erna. Men zag de kosten in beide groepen dalen. De afname betrof in totaal 50-62% en kwam overeen met een daling van 105.000 dollar naar 39.000 tot 53.000 dollar per persoon. Met behulp van CCT werd er intensiever gebruik gemaakt van de ambulante zorg, waarbij de kosten voor ambulante hulp stegen, maar die voor klinische zorg daalden. Er was een grotere daling in kosten voor een groep patiënten behandeld met CCT dan voor een groep vrijwillig ambulant behandelde patiënten. De auteurs waarschuwen wel dat deze resultaten niet zomaar te generaliseren zijn naar andere staten of landen, vanwege een mogelijk andere uitvoering van CCT en aan- of afwezigheid van zorgprogramma's.

Swartz en Swanson (2013) deden een kostenanalyse in North Carolina bij patiënten die deelnamen aan hun RCT. Zij berekenden dat de totale jaarlijkse kosten ongeveer 3000 dollar hoger waren voor de patiënten met CCT vergeleken met de controlegroep die vrijwillige ambulante zorg kregen. Echter, ze vonden ook dat als de CCT werd verlengd, de kosten voor de patiënten met langere CCT op jaarbasis 17.594 dollar lager bleken te zijn dan voor de controlegroep. Dit leverde een besparing op van 40%.

### Mening van patiënten en familieleden

Een uiterst belangrijk, maar tot dusver relatief weinig besproken onderwerp, is hoe patiënten en hun naasten CCT ervaren. Patiënten en/of familieleden noemden de volgende voordelen van CCT: een gevoel van veiligheid, een makkelijke toegang tot zorg, ondersteuning bij hun herstel, meer veiligheid, een grotere medicatietrouw, een last die van familieleden afvalt, verbetering van het ziekte-inzicht, betere omgang met familie, minder kans op heropname en hulp voor de familie in hun coping (Ozgul & Brunero 1997; Canvin e.a. 2002; Gibbs e.a. 2004; Mullen e.a. 2006).

Als nadelen noemden patiënten en/of familieleden: het ervaren van dwang in de thuissituatie, inbreuk op de privacy, het idee dat restricties worden opgelegd in gedrag om de ggz daarmee een plezier te doen, beperkingen in de keuzevrijheid, de dwang om medicatie in te nemen, erva-

ren bijwerkingen van medicatie, restricties op hun woonomgeving en reisgedrag en een gevoel van stigmatisering (Canvin e.a. 2002; Gibbs e.a. 2004; 2005; Mullen e.a. 2006). Verder kwam naar voren dat patiënten heel weinig wisten over hun rechten en de wetswijzigingen die hadden plaatsgevonden (Atkinson e.a. 2002).

Canvin e.a. (2005) interviewden 20 patiënten; die vonden dwang gerechtvaardigd indien deze een hoger doel dient (zoals veiligheid) en als er sprake is van een psychiatrische stoornis, gevaar of een gebrek aan ziekte-inzicht. Ze wilden geen beperkingen in hun autonomie en privacy en vonden dat er voor alle vormen van dwang altijd sprake moest zijn van overeenstemming.

Ook uit andere (open) studies blijkt dat CCT als beperkend en paternalistisch werd ervaren; echter, patiënten verkozen CCT wel boven een gedwongen klinische opname (Hiday 1992; Canvin e.a. 2002). Het vertrouwen van patiënten in de werkzaamheid van CCT leek redelijk groot. In een studie onder 306 patiënten met een psychotische of affectieve stoornis gaf het overgrote deel aan dat ze verwachtten dat mensen die CCT ontvingen trouwer waren in de medicatie-inname, grotere kans hadden niet opgenomen te hoeven worden en zich beter aan hun afspraken hielden (Borum e.a. 1999).

Nogal wat onderzoeken hebben de kenmerken van patiënten die in aanmerking kwamen voor CCT nauwkeurig beschreven. Karakteristieken die naar voren kwamen, waren: mannelijk geslacht, leeftijd rond de 40 jaar, een lange psychiatrische voorgeschiedenis, diagnose psychotische of ernstige affectieve stoornis, klinische opname in het verleden, therapieontrouw, beperkt ziekte-inzicht en kans op gewelddadige incidenten (Churchill e.a. 2007; Aware e.a. 2013; Burns & Molodynski 2014).

### Mening van behandelaars

Voor zover er onderzoek naar gedaan is, lijken behandelaars redelijk positief over het gebruik van CCT. Van de psychiaters werkte 79% graag met een systeem met CCT, versus 9% liever zonder (Romans e.a. 2004). Van een groep van 50 Canadese psychiaters gaf 62% aan heel tevreden te zijn met het effect van CCT op de patiëntenzorg. Ze misten daarentegen wel goede voorlichting van de overheid over CCT (O'Reilly e.a. 2000). Toename van de administratieve lasten werd als een nadeel ervaren en een termijn van 3 maanden voor CCT als te kort (O'Reilly e.a. 2006).

In een omvangrijk onderzoek onder 202 psychiaters werd als belangrijke motivatie voor CCT genoemd: zorgen dat de patiënt in contact blijft met hulpverlening, de autoriteit hebben om een patiënt te kunnen behandelen en snelle herkenning van terugval en bevordering van therapietrouw (Romans e.a. 2004). Van de psychiaters had 42% het idee dat CCT een goede invloed had op de therapeutische

**TABEL 1** Argumenten voor en tegen het gebruik van *compulsory community treatment* (CCT)

Argumenten voor (Heffern & Austin 1999; O'Reilly 2004; Swanson e.a. 2010)

Leidt tot afname van het aantal opnames  
 Kan de kwaliteit van leven verhogen  
 Is minder vrijheidsbeperkend dan gedwongen opname  
 Vormt logische en acceptabele consequentie van de-institutionalisering  
 Valt onder de zorgplicht van de samenleving  
 Bij een beperkt ziekte-inzicht is het vrijwillig aanbieden van zorg niet voldoende: een maatregel is nodig omdat je mensen niet altijd vrijwillig kunt behandelen en op het juiste moment kunt ingrijpen;  
 de introductie van CCT ontnemt geen zorg aan vrijwillige patiënten  
 Er is geen bewijs voor negatieve gevolgen van CCT

Argumenten tegen (Heffern & Austin 1999; Allen & Smith 2001; O'Reilly 2004)

Er is weinig bewijs voor de effectiviteit  
 Ondermijnt de autonomie en keuzevrijheid  
 Kan de therapeutische relatie ondermijnen  
 Mensen weigeren behandeling vaak vanwege goede redenen  
 Breidt dwang uit naar de samenleving en het privéleven  
 De rechten van de patiënt zijn moeilijker te beschermen in de samenleving  
 Dwang zal worden gebruikt als een alternatief voor goede zorg  
 Dwang drijft mensen juist weg van de ggz  
 CCT wordt ingezet omdat de voorzieningen onvoldoende zijn  
 Kan geld en middelen weghalen bij goedlopende programma's  
 De ggz-professionals krijgen de rol van politieagent  
 Er bestaat een mogelijkheid tot misbruik van dit systeem  
 Kan gebruikt worden om sommige mensen van de straat te houden

relatie, terwijl 31% het tegenovergestelde vond. Verschillende argumenten voor en tegen CCT zijn samengevat in

**TABEL 1.**

**DISCUSSIE**

In navolging van een groot aantal andere landen lijkt ook Nederland in de nabije toekomst te zullen gaan werken met CCT, waarbij patiënten in de samenleving maatregelen opgelegd kunnen krijgen zonder dat zij daarmee instemmen. Dit in tegenstelling tot de huidige voorwaardelijke machtiging, waarbij patiënten instemmen met hun behandelplan. In deze literatuurstudie hebben wij gekeken naar verschillende aspecten van CCT.

Er zijn veel open studies gedaan naar de effectiviteit van CCT, maar er zijn slechts 3 RCT's uitgevoerd. Analyse van deze RCT's leert dat CCT niet effectiever is dan vrijwillige behandeling wat betreft uitkomst van behandeling, het aantal heropnames, medicatietrouw of patiënttevredenheid. Sommige kleinere patiënt-controle- en voor- en na-studies laten wel enige positieve effecten zien, zoals

kortere opnameduur en minder opnames (Vaughan e.a. 2000; Greenberg e.a. 2005; Segal & Burgess 2006; Muirhead e.a. 2006; Hunt e.a. 2007; Zanni & Stavis 2007; Segal e.a. 2009; Swartz e.a. 2010; Nakhost e.a. 2012; Awara e.a. 2013; Kisely e.a. 2013).

**Beperkingen**

Echter, bij de kleinere onderzoeken is er door het ontbreken van randomisatie een grote kans op selectiebias. Ook is het moeilijk de resultaten te beoordelen omdat niet vastgesteld kan worden of er een causaal verband is tussen de introductie van de maatregel en de waargenomen veranderingen. Zo hebben deze studies te kampen met tijds-bias, bijvoorbeeld vanwege de trend van toegenomen ambulantisering (Maughan e.a. 2014). Men dient er dus rekening mee te houden dat deze kleinere studies vergeleken met de RCT's een minder sterke bewijskracht hebben. Ook bij de RCT's zijn er problemen in de opzet. Swartz e.a. concluderen dat langere CCT effectief is in het reduceren van heropnames en het verkorten van de opnameduur.

Hierbij kwamen alleen patiënten die na het aflopen van de initiële CCT nog voldeden aan de criteria voor ambulante dwang, en dus nog een actueel toestandsbeeld hadden, in aanmerking voor een verlenging van de CCT. Deze groep is echter niet representatief voor de hele groep patiënten die deelnamen aan het onderzoek. Het is tevens opmerkelijk dat in deze RCT, en in die van Steadman e.a. (2001), patiënten met (een grote kans op) agressie werden geëxcludeerd. Een grote kans op gewelddadige incidenten wordt namelijk als voornaam kenmerk beschouwd van de groep die in aanmerking komt voor CCT.

Bij de OCTET-trial wordt CCT vergeleken met een equivalent van voorwaardelijk ontslag. Het is hierbij de vraag wat in de praktijk het verschil was in de daadwerkelijk verleende zorg. In een aantal ingezonden brieven in *The Lancet* wordt bovendien getwijfeld aan de opzet van de OCTET-trial. Zo wijzen Owen en Sood (2015) erop dat de duur van de CCT in dit onderzoek mogelijk korter is dan in de praktijk en dat de wijze van inclusie kans geeft op selectiebias. Ook zou de steekproefomvang onvoldoende zijn. De auteurs hebben in hun respons deze kritiek proberen te weerleggen (Burns e.a. 2015).

### Vergelijking met de VS

Onderzoek naar de kosteneffectiviteit in de VS laat zien dat de kosten voor zorg, juridische procedures en betrokkenheid van politie zijn gedaald na de invoering van CCT. Deze resultaten kunnen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar de Nederlandse situatie. Er is ons geen onderzoek bekend naar de kosten in de Nederlandse situatie. Vanwege de almaar stijgende kosten van de Nederlandse zorg en de bezuinigingen binnen de ggz is dit wel van groot belang en zou dit type onderzoek zeer relevante informatie kunnen opleveren.

Het vertrouwen van patiënten in CCT lijkt groot te zijn in een grote Amerikaanse populatie: zowel patiënten als familieleden noemen veel voordelen van CCT en zij geven aan CCT te prefereren boven gedwongen opname. In Nederland is nog geen onderzoek gedaan naar de meningen van patiënten en familieleden. Volgens ons is dit van cruciaal belang. Het onderzoek dat in andere landen is gedaan, is slechts ten dele toepasbaar op de Nederlandse situatie,

omdat zorgstelsels per land wezenlijk verschillen. Zo is het aandeel patiënten dat in de VS een forensische achtergrond heeft veel groter. Momenteel is niet bekend hoe patiënten, familieleden en behandelaars in Nederland aankijken tegen het systeem van CCT.

We zagen een discrepantie tussen de resultaten wat betreft de effectiviteit van CCT enerzijds en de tevredenheid van patiënten, familieleden en behandelaars anderzijds. Wellicht is er een selecte groep patiënten voor wie CCT wel effectief werkt en die in de RCT's niet naar voren komen. Gedacht zou kunnen worden aan mensen met verslavingsproblematiek die stabiel functioneren zolang ze er door een maatregel van worden weerhouden middelen te gebruiken.

### CONCLUSIE

Het aantal gecontroleerde studies naar de effectiviteit van CCT is zeer gering. Analyse van het beschikbare onderzoek leert dat er geen resultaten zijn die aantonen dat CCT betere behandeluitkomsten geeft, heropnames voorkomt of medicatietrouw en patiënttevredenheid verhoogt.

Het zeer beperkte onderzoek naar kosteneffectiviteit dat in de Verenigde Staten werd verricht, geeft aanwijzingen dat de maatregel in combinatie met een ambulante zorgprogramma de kosten wel drukt, vergeleken met vrijwillige ambulante zorg.

Ook het onderzoek naar de meningen van patiënten en familieleden is beperkt. Er zijn echter aanwijzingen dat zij voorkeur geven aan CCT boven een gedwongen klinische opname. Ook behandelaars uit landen die nu al met CCT werken, staan voor het merendeel achter het gebruik van CCT.

Vanuit het Vincent van Gogh instituut te Venray hebben wij een internationale studie opgezet waarbij we enerzijds kijken naar de ervaringen met CCT in het buitenland en anderzijds de meningen van patiënten, familieleden en behandelaars in Nederland in kaart zullen brengen. De hoofddoelstelling van dit onderzoek is het opstellen van een handreiking voor het gebruik van CCT. Mocht besloten worden om dit systeem in Nederland in te voeren, dan kan deze handreiking helpen om dit zorgvuldig en op basis van beschikbare evidence-based argumentatie te doen.

### LITERATUUR

- Allen M, Smith VF. Opening Pandora's box: The practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 342-6.
- Atkinson JM, Garner HC, Gilmour WH, Dyer JA. Changes to leave of absence in Scotland: the views of patients. *J Forensic Psychiatry Psychol* 2002; 13: 315-28.
- Awara MA, Jaffar K, Roberts P. Effectiveness of the Community Treatment Order in streamlining psychiatric services. *J Ment Health* 2013; 22: 191-7.
- Borum R, Swartz M, Riley S, Swanson J, Hiday VA, Wagner R. Consumer perceptions of involuntary outpatient commitment. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 1489-91.

- Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, Dawson J, Yeeles K, Vazquez-Montes M, e.a. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 381: 1627-33.
- Burns T, Molodynski A. Community treatment orders: background and implications of the OCTET trial. *Psychiatr Bull* 2014; 38: 3-5.
- Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A. In defence of OCTET. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 375-6.
- Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. A 'bittersweet pill to swallow': learning from mental health service users? responses to compulsory community care in England. *Health Soc Care Community* 2002; 10: 361-9.
- Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. Acceptability of compulsory powers in the community: the ethical considerations of mental health service users on Supervised Discharge and Guardianship. *J Med Ethics* 2005; 31: 457-62.
- Churchill R, Owen G, Singh S, Hotopf M. International Experiences of using Community Treatment Orders. Londen: Department of Health; 2007.
- Dawson J. Fault-lines in community treatment order legislation. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 482-94.
- Gibbs A, Dawson J, Ansley C, Mullen R. How patients in New Zealand view community treatment orders. *J Ment Health* 2005; 14: 357-68.
- Greenberg D, Mazar J, Brom D, Barer YC. Involuntary outpatient commitment: a naturalistic study of its use and a consumer survey at one community mental health center in Israel. *Med Law* 2005; 24: 95-110.
- Heffern W, Austin W. Compulsory community treatment: ethical considerations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 37-42.
- Hiday VA, Scheid-Cook TL. Outpatient commitment for 'revolving door' patients: Compliance and treatment. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 83-8.
- Hiday VA. Coercion in civil commitment: process, preferences, and outcome. *Int J Law Psychiatry* 1992; 15: 359-77.
- Hunt AM, da Silva A, Lurie S, Goldbloom DS. Community treatment orders in Toronto: the emerging data. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 647-56.
- Kisely S, Campbell LA, Preston NJ, Xiao J. Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? - The experience of Western Australia and Nova Scotia. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 507-15.
- Kisely S, Preston N, Xiao J, Lawrence D, Louise S, Crowe E, e.a. An eleven-year evaluation of the effect of community treatment orders on changes in mental health service use. *J Psychiatr Res* 2013; 47: 650-6.
- Kisely SR, Campbell LA. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD004408.
- Maughan D, Molodynski A, Rugkåsa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 651-63.
- Mclvor R. The Community Treatment Order: clinical and ethical issues. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 223-8.
- Muirhead D, Harvey C, Ingram G. Effectiveness of community treatment orders for treatment of schizophrenia with oral or depot antipsychotic medication: clinical outcomes. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 596-605.
- Nakhost A, Perry JC, Frank D. Assessing the outcome of Compulsory Treatment Orders on management of psychiatric patients at 2 McGill University-associated hospitals. *Can J Psychiatry* 2012; 57: 359-65.
- O'Reilly RL, Keegan DL, Elias JW. A survey of the use of community treatment orders by psychiatrists in Saskatchewan. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 79-81.
- O'Reilly R. Why are community treatment orders controversial? *Can J Psychiatry* 2004; 49: 579-84.
- O'Reilly RL, Keegan DL, Corring D, Shrikhande S, Natarajan D. A qualitative analysis of the use of community treatment orders in Saskatchewan. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 516-24.
- Owen A, Sood L. OCTET does not prove community treatment orders are ineffective. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 373-5.
- Ozgul S, Brunero S. A pilot study of the utilisation and outcome of community orders: client, carer, case manager and Mental Health Review Tribunal perspective. *Aust Health Rev* 1997; 20: 70-83.
- Romans S, Dawson J, Mullen R, Gibbs A. How mental health clinicians view Community Treatment Orders: a National New Zealand Survey. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 836-41.
- Rugkåsa J, Dawson J, Burns T. CTOs: what is the state of the evidence? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1861-71.
- Segal SP, Burgess PM. Conditional release: a less restrictive alternative to hospitalization? *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1600-6.
- Segal SP, Preston N, Kisely S, Xiao J. Conditional Release in Western Australia: Effect on Hospital Length of Stay. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 94-9.
- Sjöström S, Zetterberg L, Markström U. Why community compulsion became the solution - Reforming mental health law in Sweden. *Int J Law Psychiatry* 2011; 34: 419-28.
- Steadman HJ, Gounis K, Dennis D, Hopper K, Roche B, Swartz M, e. a. Assessing the New York City involuntary outpatient commitment pilot program. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 330-6.
- Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Cisló AM, Wilder CM, Moser LL, e.a. Robbing Peter to pay Paul: did New York State's Outpatient Commitment Program crowd out voluntary service recipients? *Psychiatric Serv* 2010; 61: 988-95.
- Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Robbins PC, Steadman HJ, McGuire TG, e.a. The cost of assisted outpatient treatment: can it save states money? *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1423-32.

- Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, Burns BJ, Hiday VA, Borum R. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism?: Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1968-75.
- Swartz MS, Wilder CM, Swanson JW, Van Dorn RA, Pamela Clark Robbins B, Steadman HJ, e.a. Assessing outcomes for consumers in New York's assisted outpatient treatment program. *Psychiatr Serv* 2010; 61: 976-81.
- Swartz MS, Swanson JW. Economic grand rounds: can states implement involuntary outpatient commitment within existing state budgets? *Psychiatr Serv* 2013; 64: 7-9.
- Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, Myhr C, Black T. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34: 801-8.
- Zanni GR, Stavis PF. The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment. *Am J Bioeth* 2007; 7: 31-41.

## SUMMARY

# Compulsory treatment in the community for persons in need of mental health care

D.A. DE WAARDT, F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN

**BACKGROUND** Clinical admissions and inpatient services are increasingly replaced by enhanced community treatment in Western countries. Currently the Dutch mental health legislation is being revised, making compulsory community treatment a novel legal option in The Netherlands.

**AIM** To summarize the current literature on compulsory community treatment and to review studies relating to efficacy, patients' and carers' perspectives, and costs.

**METHOD** We conducted a systematic review of the literature, using PubMed and Trip.

**RESULTS** Current literature does not provide evidence for positive effects of cct in comparison to voluntary care in terms of admission duration, time-to-readmission, and clinical outcomes.

**CONCLUSION** Results from England and the United States do not provide support for efficacy of cct in terms of number and/or duration of hospital admissions, and in terms of clinical outcomes compared to voluntary treatment. There is a pressing need for studies designed to allow for direct comparisons between outcomes after compulsory hospital admission and compulsory community treatment.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)4, 221-228

**KEY WORDS** compulsory community treatment, legislation