

Drop-out na gedwongen opname – hoe groot is het probleem?¹

J. STOBBE, A.I. WIERDSMA, R.H.P. VAN BEEST, C.L. MULDER

ACHTERGROND Het is niet bekend of patiënten na opname met een rechterlijke machtiging (RM) nazorg ontvangen en welke kwaliteit deze nazorg heeft.

DOEL Inzicht krijgen in de mate van drop-out en de kwaliteit van nazorg.

METHODE Alle patiënten in de regio Rotterdam-Rijnmond die in de periode 1 oktober-31 december 2004 minimaal 1 dag opgenomen waren met een RM werden geïncludeerd. Door retrospectief dossieronderzoek werd vastgesteld of drop-out optrad en wat de kwaliteit van nazorg was.

RESULTATEN Er werden 214 patiënten geïncludeerd. Bij 33 patiënten (15,4%) was er sprake van drop-out. Vóór ontslag kreeg de drop-outgroep minder vaak een ambulante afspraak mee en deze groep wachtte langer op het eerste ambulante contact dan de groep zonder drop-out. Dossiervorming was bij de drop-outgroep minder nauwkeurig en er werd minder samengewerkt tussen ambulante en klinische behandelaren.

CONCLUSIE De kwaliteit van nazorg kan verbeterd worden als ambulante en klinische behandelaren intensiever gaan samenwerken bij het opstellen van voorwaarden voor ontslag en bij de overdracht van klinische naar ambulante zorg. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit een gunstige invloed heeft op het drop-outpercentage.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)11, 801-812]

TREFWOORDEN continuïteit van zorg, drop-out, psychiatrische nazorg, rechterlijke machtiging

In Nederland worden gedwongen psychiatrische opnamen via de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) geregeld. In deze wet wordt nazorg na gedwongen opname slechts zijdelings genoemd, terwijl terugval bij discontinuïteit van zorg tweemaal zo groot is als bij een doorlopende behandeling (Projectgroep Prestatie-indicatoren 2006).

In Engeland is nazorg aan patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen bij wet geregeld in de zogenoemde Care Programme Approach. Deze vorm van verplichte nazorg is onder anderen bedoeld voor patiënten die bekend zijn wegens

ernstige zelfverwaarlozing. In dit programma krijgt de patiënt een zorgcoördinator en een psychiatrische hulpverlener toegewezen die verantwoordelijk zijn voor de continuïteit van zorg (National Health Service 1994).

Het invoeren van een vorm van verplichte nazorg is al langer onderwerp van discussie tussen de diverse instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Rotterdam-Rijnmond en de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Rotterdam-Rijnmond (Wierdsma & Henskens 2003). Naar aanleiding van diverse casuïstiekbesprekingen tussen genoemde instellingen werd geconsta-

teerd dat nazorg na gedwongen opname geen vanzelfsprekendheid is.

Omdat niet inzichtelijk was hoe groot de problemen in de nazorg daadwerkelijk waren, hebben wij in 2007/2008 een retrospectief dossieronderzoek verricht bij de Rotterdamse ggz-instellingen.

Het doel van het onderzoek was het inventariseren van het aantal patiënten die, na een opname met een rechterlijke machtiging (RM), wel of geen psychiatrische nazorg ontvingen. Ook wilden wij inzicht krijgen in de kwaliteit van de nazorg.

METHODE

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de ggz-instellingen in Rotterdam-Rijnmond: Bavo-Europoort, Bouman GGz, Delta Psychiatrisch ziekenhuis, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, GGZ Delfland en de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg Rijnmond. Omdat het om een exploratief retrospectief dossieronderzoek ging, oordeelde de Medisch Ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG) dat het onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen viel.

Alle patiënten die in de periode 1 oktober-31 december 2004 minimaal 1 dag waren opgenomen met een voorlopige of voortgezette RM (voor omschrijvingen zie tabel 1) en uiterlijk op 1 september 2006 met ontslag gingen, werden in dit onderzoek geïnccludeerd. De deelnemende instellingen leverden gegevens aan over de patiënten die in genoemde periode met een RM waren opgenomen. In totaal voldeden 267 patiënten aan de

inclusiecriteria. Na analyse van de klinische dossiers werden 53 patiënten geëxcludeerd (figuur 1). Van de resterende 214 patiënten namen wij zowel het klinische als het ambulante dossier door (tot 1 januari 2007).

Wij definieerden 'geen psychiatrische nazorg' als 'geen ggz-contact in de eerste 3 maanden na ontslag en/of een periode langer dan 3 maanden achter elkaar geen contact met de ggz, terwijl dit geen behandelbeleid is'. Onder 'kwaliteit van nazorg' verstonden wij dat de patiënt vóór ontslag kennisgemaakt heeft met de ambulante hulpverlener en vóór ontslag een ambulante afspraak meekrijgt. Daarnaast keken wij op welke termijn het eerste ambulante contact plaatsvond en inventariseerden we of er een actueel behandelplan, een ontslagbrief en een inhoudelijke rapportage aanwezig waren.

Als er volgens het dossier 3 maanden of langer geen contact met de patiënt was geweest, zonder dat uit het dossier bleek dat dit het beleid van de behandeling was, werden contactregistraties gecontroleerd. Had er daadwerkelijk geen contact plaatsgevonden, dan werd dit geregistreerd als drop-out; als er wel contacten waren geweest, dan werd genoteerd dat er enkele maanden rapportage ontbrak.

Aan de hand van een scoreformulier werden klinische en ambulante dossiers doorgenomen om de kwaliteit van zorg te beoordelen.

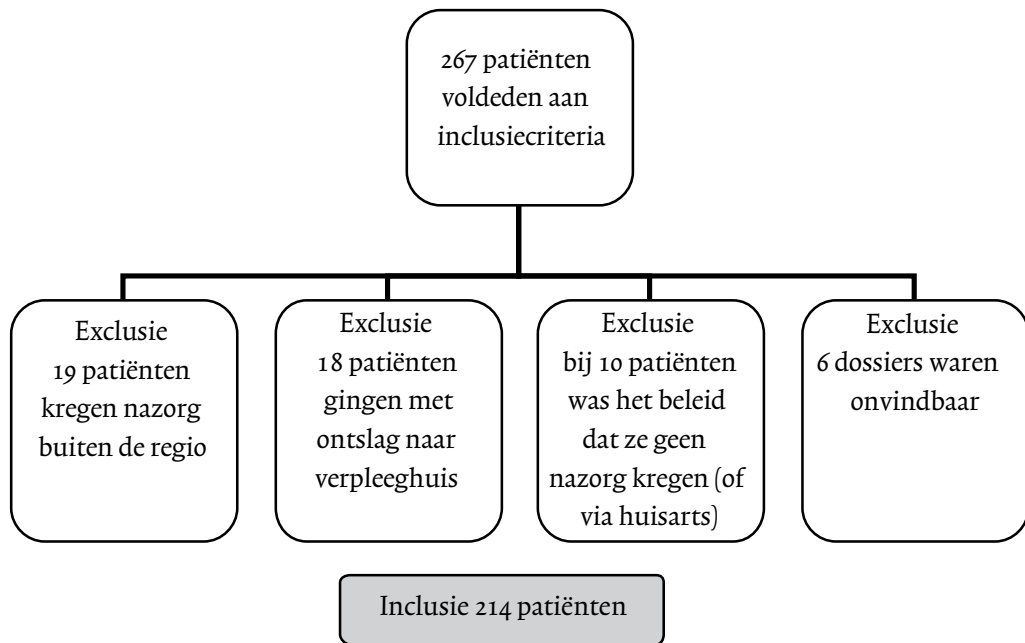
Wij onderzochten of er significante verschillen waren tussen kenmerken van de drop-out-groep en de groep die in beeld van de ggz bleef. Bij de analyse werd gebruikgemaakt van de χ^2 -toets. De analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 13.

TABEL 1 Definities verschillende soorten rechterlijke machtigingen*

Voorlopige machtiging	middel om mensen die als gevolg van een geestesstoornis een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun omgeving, tegen hun wil in een psychiatrisch ziekenhuis op te nemen
Machtiging tot voortgezet verblijf	wordt afgegeven om het gedwongen verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis te verlengen met als doel het aanwezige gevaar te laten verdwijnen of te laten verminderen
Machtiging eigen verzoek	betrokkene wordt van te voren gedwongen de behandeling af te maken waaraan hij begint, ook al wil hij dat op een bepaald moment zelf niet meer; meestal is verslaving de reden om een machtiging eigen verzoek te vragen

*Bron: <http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/wetbopz/soortenmachtiging1>

FIGUUR 1 Inclusieschema van onderzoek naar drop-out na ontslag na opname met een rechterlijke machtiging



RESULTATEN

Patiënt- en opnamekenmerken

In totaal werden 214 dossiers onderzocht. De patiënten waren vooral mannen (64%), in de gemiddelde leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar (49,1%), die voornamelijk in Nederland waren geboren (65,4%). De meerderheid was ongehuwd (72,4%) en woonde alleen (41,1%). Van de onderzoeksgroep had 72,5% als primaire diagnose schizofrenie of een andere psychotische stoornis. Het merendeel van de patiënten had één of meer psychiatrische opnamen achter de rug (78%).

De meeste patiënten werden opgenomen met een voorlopige machtiging (66,4%) of een voortgezette RM (30,8%). Niet bekend was of en hoeveel voorlopige machtigingen waren ontstaan door conversie van een voorwaardelijke machtiging. De overige patiënten hadden een RM op eigen verzoek (2,8%). In de geneeskundige verklaring was in 29,9% van de gevallen zelfverwaarlozing het ernstigste gevaarscriterium om een RM aan te vragen, gevolgd door maatschappelijke teloorgang (19,6%) en gevaar voor anderen (18,3%).

In 76,6% van de gevallen gingen patiënten onder voorwaarden met ontslag. De overige patiënten werden zonder voorwaarden ontslagen. De meest voorkomende voorwaarden waren medicatie-inname (96,6%) en toestaan van hulpverlening (89%). In bijna 60% van de gevallen werd de ambulante behandelaar niet betrokken bij het opstellen van de voorwaarden voor ontslag.

Ruim 32% van de patiënten had gedurende de gehele onderzoeksperiode een RM. Bij 34,9% van de patiënten expireerde de RM. Motieven over het niet verlengen van de RM werden over het algemeen niet genoteerd.

Nazorg en drop-out

Na opname kreeg 57,5% nazorg van de behandelaar met wie zij vóór opname contact hadden. Nazorg startte in 80,5% van de gevallen binnen twee weken na ontslag.

Van de onderzochte 214 patiënten bleven er 181 in beeld van de ggz (84,6%), terwijl er bij 33 patiënten (15,4%) sprake was van drop-out. Tabel 2 brengt de oorzaken van drop-out in beeld.

Bij 8 (24,2%) van de 33 drop-outpatiënten startte nazorg niet binnen 3 maanden. Van deze patiënten waren er 6 onder voorwaarden ontslagen. Bij 14 (42,4%) van deze 33 patiënten werden er, om onduidelijke redenen, geen vervolgspraken gerealiseerd, zoals uit het volgende voorbeeld blijkt.

Een 29-jarige man, bekend wegens schizofrenie en afhankelijkheid van diverse middelen, ging onder voorwaarden met ontslag met nazorg door de polikliniek. Het eerste nazorgcontact kwam binnen 4 weken na ontslag tot stand. Vóór het verlopen van de RM vond het laatste contact plaats en onduidelijk was of een vervolgcontact werd gepland. Uit het dossier bleek niet of er actie ondernomen was om de patiënt op te sporen en er kwam evenmin uit naar voren of de behandelaar wist waar de patiënt zich bevond.

Na controle bij de andere instellingen bleek dat de patiënt ruim 4 maanden na het laatste contact in een andere instelling gedwongen was opgenomen en dat nazorg via deze instelling werd geboden.

Bij 3 (9,1%) drop-outpatiënten kwam nazorg wel tot stand, maar vond contactbreuk plaats nadat de patiënt overgedragen werd aan een andere ggz-instelling of aan een andere hulpverlener:

Een 22-jarige vrouw werd opgenomen met een ibs en zij kreeg aansluitend een RM. Ontslag onder voorwaarden volgde. Diagnose: kortdurende psychotische stoornis. Aansluitend aan het ontslag volgde patiënte deeltijdbehandeling bij de instelling van opname en ze kreeg een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV)

als behandelaar. Patiënte kwam herhaaldelijk niet naar de deeltijdbehandeling toe en na enkele maanden bleek dat ze geen medicatie gebruikte, hoewel dit wel in de voorwaarden stond. Uit de rapportage bleek niet dat er op deze bevindingen actie volgde. Patiënte werd voor vervolgedeeltijdbehandeling bij een andere ggz-instelling aangemeld. In verband met een wachtlijst kon ze deelnemen aan een overbruggingsgroep; patiënte kreeg geen individuele behandelaar toegewezen. Na deze aanmelding volgde uitschrijving, terwijl de RM nog liep. Deeltijdbehandeling bij de ggz-instelling kwam niet tot stand. Er was geen behandelaar verantwoordelijk en patiënte raakte uit beeld. Een half jaar na uitschrijving werd patiënte vrijwillig heropgenomen.

De 3 drop-outpatiënten die niet te traceren waren (9,1%), waren voornamelijk patiënten zonder vaste woon- en verblijfplaats. Ten slotte raakten er 5 patiënten (15,2%) uit beeld na het vervallen van de RM.

Kenmerken drop-outgroep

In tabel 3 worden de kenmerken van de drop-outgroep vergeleken met die van de groep die in zorg bleef. De patiënten uit de drop-outgroep waren vaker jonger dan 24 jaar, waren vaker in Marokko geboren, waren vaker dakloos en woonden vaker als kind in een gezin. Er waren geen significante verschillen tussen de groepen aanwezig wat betrof de psychiatrische diagnose.

De groep die in beeld van de ggz bleef, kreeg vóór ontslag significant vaker een ambulante afspraak mee (χ^2 (2 df) = 9,44; $p = 0,009$) en de nazorg

TABEL 2 Oorzaken van drop-out* bij ambulante vervolgbehandeling na opname met een rechterlijke machtiging (RM)

Oorzaak	Aantal (%) (n = 33)
Nazorg niet gestart binnen 3 maanden na ontslag	8 (24,2)
Geen vervolgspraak gerealiseerd	14 (42,4)
Overdracht naar andere hulpverlening	3 (9,1)
Patiënt niet te traceren	3 (9,1)
Patiënt weigerde contact na afwijzen of expireren RM	5 (15,2)

*Gedurende 3 maanden geen contact met de ambulante behandelaar, zonder dat dit gepland was.

startte bij deze groep vaker binnen twee weken (χ^2 (3 df) = 47,82; $p = 0,000$). Er werd geen verschil tussen de groepen gevonden wat betref de vorm van nazorg die ze kregen en het al dan niet voorafkenismaken met de ambulante behandelaar. Evenmin vonden we verschillen in drop-out tussen de groep die onder voorwaarden met ontslag ging en de groep die vrijwillig ontslagen werd.

Bij de groep die in beeld van de ggz bleef, was het ernstigste gevaarscriterium om een RM aan te vragen ‘zelfverwaarlozing’ en ‘gevaar voor anderen’, terwijl dit bij de drop-outgroep ‘maatschappelijke teloorgang’ was (χ^2 (8 df) = 32,36; $p = 0,000$). Echter, door het ontbreken van de geneeskundige verklaring in het klinische of ambulante dossier was het ernstigste gevaarscriterium bij de drop-outgroep vaker onbekend (30,2%).

Tabel 4 toont de verschillen tussen de groepen in het naleven van de voorwaarden. Patiënten die in beeld van de ggz bleven en onder voorwaar-

den ontslagen werden, kwamen de voorwaarden significant beter na dan de drop-outgroep. Daarnaast controleerde de hulpverlening de groep die in beeld bleef vaker op het naleven van de voorwaarden. Ook had het zich niet houden aan de voorwaarden tot gevolg dat er bij deze groep vaker actie ondernomen werd en had het niet nakomen van de voorwaarden meer gevolgen voor de patiënten.

Dat hulpverleners niet altijd inspanningen verrichtten om contact met de patiënt te onderhouden blijkt uit het volgende voorbeeld.

Een 25-jarige ongehuwde vrouw met als diagnose psychotische overschrijdingen bij zwakbegaafdheid en cannabismisbruik vertoonde zwerfgedrag en er was een vermoeden van misbruik door derden. Zij werd onder voorwaarden ontslagen naar een beschermde woonvorm; de voorwaarden waren: contacten met de polikliniek en met de begeleiding van de beschermde woonvorm, medi-

TABEL 3 Kenmerken van patiënten die in zorg bleven versus die met drop-out

	In zorg; n (%)	Drop-out; n (%)	χ^2 -toets
Geslacht			
Man	116 (64,1)	21 (63,6)	
Vrouw	65 (35,9)	12 (36,4)	
Leeftijd in j			
14-24	16 (8,8)	11 (33,3)	χ^2 (2 df) = 15,64 $p = 0,000$
25-44	91 (50,3)	14 (42,5)	
> 45	74 (40,9)	8 (24,2)	
Burgerlijke staat			
Ongehuwd	128 (70,7)	27 (81,8)	χ^2 (2 df) = 1,72 $p = 0,423$
Gehuwd	9 (5)	1 (3)	
Gescheiden/verweduwd	44 (24,3)	5 (15,2)	
Geboorteland			
Nederland	118 (65,2)	22 (66,7)	χ^2 (2 df) = 10,62 $p = 0,005$
Marokko	3 (1,7)	4 (12,1)	
Overig	60 (33,1)	7 (21,2)	
Leefsituatie			
Alleenstaand	77 (42,5)	11 (33,3)	χ^2 (3 df) = 11,67 $p = 0,009$
Als kind in gezin	11 (6,1)	5 (15,2)	
Zwervend/dakloos	9 (5)	6 (18,1)	
Anders	84 (46,4)	11 (33,3)	
	181 (100)	33 (100)	

TABEL 4 Naleven van ontslag onder voorwaarden bij patiënten die in zorg zijn gebleven versus die met drop-out; n (%)

	In zorg	Drop-out	χ^2 -toets
Nakomen voorwaarden*			
Ja	71 (51,8)	7 (25,9)	χ^2 (2 df) = 18,10 p = 0,000
Nee	21 (15,3)	14 (51,9)	
Soms wel en soms niet	45 (32,9)	6 (22,2)	
Controle naleving*			
Ja	107 (78,1)	9 (33,3)	χ^2 (2 df) = 25,55 p = 0,000
Nee	19 (13,9)	15 (55,5)	
Soms wel en soms niet	11 (8)	3 (11,1)	
	137 (100)	27 (100)	
Acties bij niet naleven**			
Inschakelen arts	56 (73,7)	6 (30)	χ^2 (2 df) = 13,25 p = 0,001
Geen actie	8 (10,5)	6 (30)	
Geen informatie in dossier	12 (15,8)	8 (40)	
Gevolgen niet naleven**			
Geen gevolg	24 (31,6)	9 (45)	χ^2 (3 df) = 12,55 p = 0,006
Intrekken ontslag	23 (30,3)	3 (15)	
Anders	26 (34,2)	3 (15)	
Onbekend	3 (3,9)	5 (25)	
	76 (100)	20 (100)	

*Van de 214 patiënten gingen er 164 onder voorwaarden met ontslag.

**Van de 164 patiënten hielden 68 zich aan de voorwaarden; deze vraag betrof dus 96 patiënten.

catie-inname, akkoord gaan met behandelplan en opvolgen van aanwijzingen van de behandelaar. Na ontslag was er geen contact met de poli. Patiënte werd zonder enige vorm van contact of rapportage bij de polikliniek uitgeschreven na het expireren van de RM.

Drop-out en documentatie

Uit tabel 5 blijkt dat bij beide groepen het percentage ontbrekende ontslagbrieven hoog was. Verder had de drop-outgroep vaker geen (actueel) behandelplan en was er minder vaak sprake van inhoudelijke rapportage. Onder niet inhoudelijk rapporteren verstonden wij dat er niet ingegaan werd op het toestandbeeld van de patiënt, maar ook dat niet gerapporteerd werd welk beleid gevoerd werd indien de patiënt zich niet aan de voorwaarden hield.

Uit de dossiers kwam niet naar voren of multidisciplinair overleg plaatsvond over patiënten die zich niet aan de voorwaarden hielden. Ook viel niet te herleiden of de geneesheer-directeur op de

hoogte gehouden werd over deze patiënten. Slechts één instelling maakte gebruik van een schriftelijke bevestiging in het dossier als het ontslag van de patiënt ingetrokken werd. Bij de overige instellingen werd het intrekken van het ontslag voornamelijk in de rapportage gemeld.

Tot slot bleek heropname bij de groep die in zorg bleef minder vaak voor te komen dan bij de drop-outgroep (27,3 tegen 43,7%). Hierbij moeten we de kanttekening maken dat het percentage bij wie dit onbekend was, bij de drop-outgroep hoger lag (15,1 tegen 1,1%; χ^2 (3 df) = 19,94; p = 0,000). Mogelijk werd een percentage patiënten in een andere regio heropgenomen.

DISCUSSIE

Redenen drop-out

Bij 33 (15,4%) van de 214 patiënten die na een RM met ontslag gingen uit één van de ggz-instellingen in Rotterdam-Rijnmond was er gedurende

TABEL 5 Kwaliteit van de documentatie in dossiers bij patiënten die in zorg bleven versus die met drop-out; n (%)

	In zorg	Drop-out	χ^2 -toets
Ontslagbrief			
Binnen 3 weken	73 (40,3)	11 (33,3)	χ^2 (3 df) = 0,89 p = 0,828
Na 3 weken	40 (22,1)	9 (27,3)	
Na 3 maanden	22 (12,2)	5 (15,2)	
Niet aanwezig	46 (25,4)	8 (24,2)	
Behandelplan			
Actueel ($\leq$ 1 jaar oud)	138 (76,2)	15 (45,5)	χ^2 (2 df) = 14,79 p = 0,001
Niet actueel	30 (16,6)	10 (30,3)	
Niet aanwezig	13 (7,2)	8 (24,2)	
Rapportage			
Inhoudelijke rapportage	128 (70,7)	15 (45,4)	χ^2 (3 df) = 8,55 p = 0,036
Rapportage niet inhoudelijk	19 (10,5)	7 (21,2)	
Enkele maanden geen rapportage aanwezig	25 (13,8)	19 (27,3)	
Niet aanwezig	9 (5)	2 (6,1)	
	181 (100)	33 (100)	

minimaal 3 maanden tijdens een follow-upperiode van 2 jaar sprake van drop-out. Drop-out ontstond vooral omdat er geen vervolgafspraken gerealiseerd werden en nazorg niet binnen 3 maanden van start ging. Vóór ontslag kreeg de drop-out-groep minder vaak een ambulante afspraak mee en duurde het langer voordat deze groep het eerste ambulante contact had. Dit fenomeen werd eerder geconstateerd in een onderzoek van Saarento e.a. (1998).

Een klein percentage drop-out ontstond doordat patiënten contact weigerden na het experieren van de RM. Doordat het geen gewoonte was om de motieven te noteren waarom men een RM liet verlopen en uit de rapportage niet duidelijk werd welke interventies gepleegd werden om deze groep in beeld van de ggz te houden, blijft het onduidelijk of drop-out bij deze groep te voorkomen was.

Een ander klein percentage patiënten raakte uit beeld doordat ze niet te traceren waren; het gaat hier vooral om dakloze patiënten. Deze groep zwierf veelal in meerdere steden rond en was hierdoor moeilijk te bereiken. Zuidmeer (2000) concludeerde eerder al dat dakloosheid en onder voorwaarden met ontslag gaan een ongelukkige combinatie is: dakloze patiënten hielden zich vaak

niet aan de voorwaarden en binnen afzienbare tijd voldeden patiënten weer aan de gevaarscriteria.

Ook kon de ambulante behandelaar de kwaliteit van nazorg niet waarborgen. Een variant van de BOPZ-online specifiek voor de RM zou ervoor kunnen zorgen dat deze groep patiënten verantwoord gebruik kan maken van ontslag onder voorwaarden.

Beoordeling van het drop-outpercentage

Tijdens een bespreking van de resultaten van dit onderzoek met de geneesheren-directeuren vond men 15% drop-out een 'gematigd ernstig' percentage. Het trendrapport 2008 van het Trim-bos-instituut (Hilderink e.a. 2008) laat zien dat er in Nederland in 19,2% van de gevallen geen nazorg plaatsvindt na een psychiatrische opname. Dit percentage was gebaseerd op gegevens van 1998-1999 en betrof alle opnamen, dus ook vrijwillige opnamen en opnamen met een inbewaringstelling (Hilderink e.a. 2008). Uit cijfers van GGZ Nederland (2007) blijkt dat in 2006 het totaal aantal eenzijdig beëindigde ggz-behandelingen, dat wil zeggen tegen het advies van de behandelaar, 13% is. Specifieke cijfers over drop-out of het niet starten van nazorg na een opname met een RM

zijn onbekend. Wel is duidelijk dat de patiënten die een RM krijgen ernstig ziek zijn en langdurig bekend zijn in de psychiatrische hulpverlening (Hovens e.a. 2002).

De 'Rotterdamse standaard' oplossing voor drop-out?

Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek hebben de geneesheren-directeuren van de Rotterdamse ggz-instellingen besloten een aantal maatregelen in te voeren die verwerkt zijn in de 'Rotterdamse standaard'. Dit zijn tien regels voor (na)zorg aan patiënten die onder voorwaarden ontslagen zijn (zie bijlage 1). De Rotterdamse standaard is in juni 2008 ingevoerd en het streven is dat 95% van de patiënten die gedwongen opgenomen zijn geweest, in zorg blijft van de ggz. Dit percentage is door de geneesheren-directeuren van betrokken instellingen tamelijk willekeurig gekozen. Over 2 jaar zal een herhaling van dit onderzoek moeten uitwijzen of het percentage drop-out naar 5 is gedaald.

Om drop-out te voorkomen in de periode na ontslag is in de Rotterdamse standaard afgesproken dat de patiënt, vóór ontslag, kennismaakt met de ambulante behandelaar, dat het eerste ambulante contact binnen 2 weken na ontslag tot stand komt en dat de ambulante hulpverlener de ontslagbrief ontvangt vóór het eerste ambulante contact heeft plaatsgevonden. Dit zijn zinvolle afspraken omdat naar voren kwam dat drop-out ontstaat omdat nazorg niet binnen 3 maanden na ontslag van start gaat. Echter, of de andere veelvoorkomende reden van drop-out, te weten het niet realiseren van vervolgsafspraken, hiermee opgelost wordt, is de vraag; mede omdat niet inzichtelijk werd wat de achterliggende redenen waren.

Opvallend in ons onderzoek is dat de ambulante behandelaar veelal niet betrokken werd bij het opstellen van de voorwaarden, terwijl juist van deze behandelaar werd verwacht dat deze het nakomen van de voorwaarden bewaakt. Het niet betrekken van de ambulante behandelaar bij het opstellen van de voorwaarden kan als gevolg hebben dat de controle van de voorwaarden (opgesteld

in de kliniek) minder prioriteit krijgt omdat men ambulant andere behandeldoelen nastreeft. In de Rotterdamse standaard wil men dat de ambulante nazorgbehandelaar altijd betrokken wordt bij het opstellen van de voorwaarden, zodat de ambulante voorwaarden voor ontslag uitvoerbaar blijven. Om problemen rond de uitvoering van de voorwaarden te voorkomen, zouden de ambulante behandelaars ook de kliniek moeten betrekken bij het opstellen van de voorwaarden in de ambulante setting. Immers, van de kliniek wordt verwacht dat deze de patiënt opneemt indien de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt.

Hulpverleners bleken bij de drop-outgroep het naleven van de voorwaarden minder goed te controleren en ook werd er minder vaak actie ondernomen wanneer deze groep zich niet aan de voorwaarden hield. Mogelijk werd deze groep als minder ziek beschouwd dan de groep die in beeld van de ggz bleef. Dit zou kunnen omdat de drop-outgroep vaker een RM kreeg in verband met maatschappelijke teloorgang, terwijl de groep die in beeld bleef vaker een RM kreeg in verband met zelfverwaarlozing of gevaarlijk gedrag voor anderen. Om bewuster de naleving van de voorwaarden te controleren moet men volgens de Rotterdamse standaard altijd documenteren als de patiënt zich niet aan de voorwaarden houdt. Ook moet men vastleggen welk beleid hierop gevoerd wordt, ook als het beleid afwachtend is. Verder moet de geneesheer-directeur sneller geïnformeerd worden indien een patiënt zich niet aan gestelde voorwaarden houdt. Zo kan men gedegen overwegen welke actie nodig is en is de geneesheer-directeur beter geïnformeerd bij problematische situaties rondom het nakomen van de voorwaarden. Ook is afgesproken dat als ontslag onder voorwaarden ingetrokken wordt, dit altijd moet blijken uit een brief van de geneesheer-directeur die zich in het dossier bevindt.

Bij de drop-outgroep werd er minder nauwgezet gedocumenteerd. Dit werd eveneens gesignaleerd in een ander onderzoek naar dossiervorming door SPV's en lijkt dus niet op zichzelf te staan (Huitema & Raaijmakers 2002). Om proble-

men rond de dossiervoering te voorkomen heeft men in de Rotterdamse standaard drie voorwaarden omschreven: dat er voor elke patiënt een actueel behandelplan aanwezig moet zijn, dat er van ieder contact met de patiënt verslag moet worden gedaan en dat de reden van het niet verlengen van een RM in het dossier moet worden vermeld. Overigens zou men verwachten dat deze afspraken al gehanteerd zouden worden omdat ze bij goed hulpverlenerschap horen.

Wetsvoorstel ‘verplichte geestelijke gezondheidszorg’

Momenteel ligt er een nieuw wetsvoorstel ‘verplichte geestelijke gezondheidszorg’. Dit voorstel moet de huidige Wet Bopz vervangen. Mogelijk bevat dit nieuwe wetsvoorstel passende maatregelen om drop-out tegen te gaan. In dit wetsvoorstel wordt er namelijk een actieve houding van de hulpverlener verwacht als deze het contact met de patiënt verliest. Als een patiënt met een zogeheten zorgmachtiging (de nieuwe wettelijke term voor een dwangmaatregel) meerdere keren niet op afspraken met zijn of haar hulpverlener verschijnt, dient deze dit te melden aan de commissie psychiatrische zorg. Hieruit kan een aangifte van vermissing bij de politie volgen (Ministerie van Justitie 2008). Deze manier van werken kan ervoor zorgen dat drop-out, bij patiënten met een zorgmachtiging, voorkomen wordt; vooral als een opgave van vermissing leidt tot actieve opsporing.

Verder krijgen hulpverleners in dit wetsvoorstel meer mogelijkheden om het nakomen van afspraken af te dwingen. Zo mogen hulpverleners, onder bepaalde omstandigheden, zonder toestemming van de patiënt en zonder hulp van de politie, de woning van de patiënt betreden. Ook wordt het mogelijk om gedwongen vervoer te regelen om ervoor te zorgen dat de patiënt de medicijnen haalt die afgesproken zijn (Ministerie van Justitie 2008). Het uitbreiden van ambulante dwangmaatregelen kan betekenen dat patiënten makkelijker bereikt worden waardoor ze beter in zorg te houden zijn. De vraag blijft of deze interventies de

relatie tussen patiënt en hulpverlener zullen beïnvloeden. De praktijk zal moeten uitwijzen of hulpverleners ethische bezwaren ervaren bij de uitvoering van deze interventies of dat ze deze als een nuttige toevoeging beschouwen.

Ten slotte voorziet dit wetsvoorstel in richtlijnen over rapporteren en de aanwezigheid van een (actueel) zorgplan. In het zorgplan moet men vermelden welke zorg men biedt en hoe men rekening houdt met de wensen van de patiënt. De zorgaanbieder wordt verplicht om de zorg die genoemd wordt in het plan uit te voeren en te evalueren. Of hulpverleners zich daadwerkelijk laten motiveren beter te rapporteren door wettelijke regels is de vraag; ook onder de huidige wet zijn bij gedwongen maatregelen bepaalde regels gesteld over de aanwezigheid van zorgplannen en rapportages, waaraan echter niet altijd voldaan blijkt te worden.

CONCLUSIE

De kwaliteit en de continuïteit van nazorg kunnen verbeteren als men de Rotterdamse standaard voldoende implementeert. Verder onderzoek moet uitwijzen of deze standaard een gunstige invloed heeft op het drop-outpercentage. Het nieuwe wetsvoorstel ‘verplichte geestelijke gezondheidszorg’ biedt vooralsnog geen concrete regels voor continuïteit van zorg.

NOOT

- 1 De resultaten van dit onderzoek werden eerder beschreven in het rapport ‘Toezicht op nazorg’ (<http://www.O3-onderzoekcentrumggz.nl>).

 De GGD Rotterdam-Rijnmond heeft in samenwerking met de deelnemende ggz-instellingen dit onderzoek gefinancierd.

LITERATUUR

- Geneesheren-directeuren ggz instellingen Rotterdam Rijnmond (2008). *Rotterdamse standaard voor ontslag onder voorwaarden*. Rotterdam.
- GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Hilderink, I., Vink, M., van 't Land, H., e.a. (2008). *Trendrapportage 2008, deel 3 kwaliteit en activiteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hovens, J.E., Spierdijk, S., & van den Berg, I. (2002). Een retrospectief onderzoek naar het beloop van rechterlijke machtigingen in een perifeer algemeen ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 561-565.
- Huitema, F., & Raaijmakers, C. (2002). De SPV en de dossiervorming. *Sociale Psychiatrie*, 64, 33-38.
- IGZ Loket (2006). *Wet BOPZ, soorten machtigingen*. <http://www.igz.nl/loketzorgaanbieders/wetbopz/soortenmachtiging1>
- Projectgroep Prestatie-indicatoren ggz en verslavingszorg (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset 2006*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Ministerie van Justitie & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (1992). *Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen*. Den Haag.
- Ministerie van Justitie & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). *Memorie van toelichting wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag. www.justitie.nl.
- National Health Service (1994). *Introduction of supervision registers for mentally ill people from 1 April 1994*. Leeds: Health Publication Unit.
- Saarento, O., Öiesvold, T., Sytema, S., e.a. (1998). The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: continuity of care related to characteristics of the psychiatric services and the patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 521-527.
- Wierdsma, A.I., & Henskens, R. (2003). *Dubbel met dwang in de regio Rotterdam: een verkennend onderzoek naar de mogelijkheden van (dwang) behandeling van patiënten met co-morbiditeit (dubbele diagnose problematiek)*. Rotterdam: GGD Rotterdam.
- Zuidmeer, R. (2000). Voorwaardelijk ontslag bij daklozen. *Sociale Psychiatrie*, 58, 39-47.

AUTEURS

J. STOBBE is als onderzoeker (MSc Nursing) werkzaam bij O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Rotterdam, en als sociaal psychiatrisch verpleegkundige bij BavoEuropoort.

A.I. WIERDSMA is socioloog en als senior onderzoeker werkzaam bij O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond Erasmus MC, afdeling Psychiatrie.

R.H.P. VAN BEEST is psychiater en oud-geneesheer-directeur van Parnassia, voorzitter van de kamer Noord van de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG) en lid van de commissie BOPZ van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

C.L. MULDER is bijzonder hoogleraar Openbare geestelijke gezondheidszorg, programmaleider van O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond van het Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Rotterdam, en is werkzaam bij de GGD Rotterdam-Rijnmond en BavoEuropoort.

Correspondentieadres: J. Stobbe, Erasmus MC, afdeling Psychiatrie Dp-0122, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: j.stobbe@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-7-2009.

BIJLAGE 1 De Rotterdamse standaard voor ontslag onder voorwaarden (juni 2008)

- 1 Ontslag van cliënt met RM = is altijd ontslag onder gestelde voorwaarden (uniform format).
- 2 Het eerste nazorgcontact is reeds klinisch tot stand gekomen (de behandelaar is bij de cliënt geweest of de cliënt is bij de behandelaar geweest).
- 3 De voor de nazorg verantwoordelijke behandelaar is betrokken bij het opstellen van de voorwaarden. Ook krijgt deze een kopie van de beschikking over de RM omdat hij/zij actie moet ondernemen als de cliënt de voorwaarden niet nakomt.
- 4 Contact na ontslag komt binnen twee weken tot stand; dit is eigenlijk het tweede contact.
- 5 Komt de cliënt de voorwaarden niet na: → actie
+ documenteren actie
+ eerder contact met geneesheer-directeur (voor overleg over intrekken ontslag onder voorwaarden).
- 6 Uit de brief van de geneesheer-directeur blijkt dat ontslag onder voorwaarden is ingetrokken. De brief bevindt zich in het dossier.
- 7 Wordt RM niet verlengd: vermeld de reden in het dossier (ook indien geen nieuwe aanvraag wordt gedaan.)
- 8 Na ontslag wordt altijd een ontslagbrief verstuurd binnen twee weken na ontslag. De ambulante behandelaar heeft de ontslagbrief vóór het eerste nazorgcontact.
- 9 Er is een actueel behandelplan aanwezig in het dossier.
- 10 Van ieder contact wordt verslag gedaan in het dossier.

RM = rechterlijke machtiging.

SUMMARY

Drop-out from after-care following compulsory hospitalisation- how serious is the problem? – J. Stobbe, A.I. Wierdsma, R.H.P. van Beest, C.L. Mulder –

BACKGROUND Little is known about the amount and quality of after-care provided for patients hospitalised as a result of a court authorisation.

AIM To obtain insight into the rate of drop-out from after-care and the quality of after-care.

METHOD In our study we included all patients in Rotterdam Rijnmond who, in the last 3 months of 2004, had been compulsorily hospitalised for at least one day by reason of a court authorisation. A retrospective study of patients' records let us ascertain whether drop-out from after-care occurred and let us check on the quality of the after-care provided.

RESULTS 214 patients were included. Of these, 33 (15.4%) dropped out of after-care. Prior to discharge, the drop-out group received an outpatient appointment at a local clinic less often and waited longer for their first appointment at that clinic than did the 'non-drop-out' group. The medical records of the drop-out group were less accurate and there was less cooperation between community care and clinical mental health care professionals.

CONCLUSION The quality of after-care can be improved if community care and clinical health care professionals cooperate more intensively in drawing up conditions for discharge and in arranging the transfer of patients from clinical care to community care. Further investigations are needed to find out whether these steps will have a beneficial effect on the drop-out percentage.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)11, 801-812]

KEY WORDS court authorisation, continuity of care, drop-out, psychiatric after-care