

Voortijdige beëindiging van behandeling

Onbegrepen problemen

door J.A. Kool en N. Sijben

Samenvatting

Het verschijnsel drop-out uit behandeling is wél bekend. De betekenis van dit fenomeen én oorzakelijke factoren blijken onvoldoende onderzocht te zijn. Veelal wordt verondersteld dat de patiënt voortijdig een therapie beëindigt, wanneer deze onvoldoende verbetering c.q. satisfactie met zich meebrengt. Daarnaast gaat men bij de indeling drop-out/niet-drop-out vooral uit van de mening van de behandelaar.

In dit artikel wordt, na een theoretische inleiding, een onderzoek gepresenteerd waardoor aan de juistheid van voornoemde beeldvorming ernstig getwijfeld mag worden. De resultaten wijzen erop dat de ideeën rondom vroegtijdige therapiebeëindiging van de behandelaar niet overeenkomen met die van zijn patiënt en dat het deze patiënt zeker niet slechter gaat dan de niet-drop-out.

Tevens blijkt dat een retrospectief onderzoek onvoldoende is om tot gedegen resultaten te komen en worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek op dit, nog te weinig begrepen gebied.

Inleiding

Een niet onaanzienlijk percentage van de patiënten die hulp zoeken bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg beëindigt voortijdig de therapie (drop-out). Dit onderwerp heeft sinds de jaren vijftig veel onderzoekers geboeid; in een veelheid van publikaties is naar mogelijke verklaringen gezocht (o.a. Graziano 1973, Qansink 1984, Cross en Warren 1984).

De eerste auteur is met dit drop-out-fenomeen geconfronteerd in zijn hoedanigheid als verwijzer én als behandelaar in de AGGZ. Hij heeft ervaren dat het een indringend probleem betreft. Afhakkers bij de AGGZ keren onverrichterzake weer terug bij hun verwijzer en laten bij de behandelaar dikwijls een ontevreden gevoel achter.

Per jaar werd (cijfers 1985) 322,50 gulden per hoofd van de bevolking aan geestelijke gezondheidszorg (totaal 511 miljoen) besteed waarvan slechts 36,50 gulden aan AGGZ en 270 gulden aan intramurale GGZ. Toch gaat het om een aanzienlijk bedrag: als het voortijdig met een behandeling stoppen betekent dat de behandeling ineffectief/zinloos ge-

weest is, dan betekent dit, bij een drop-out-percentage van 40%, een verspilling van ruim 200 miljoen voor de gehele GGZ.

Naast dit economische probleem is deze situatie onduidelijk voor de patiënten die tot de drop-out-gevoelige categorie gerekend moeten worden. De vraag is om welke patiënten het dan gaat: Welke kenmerken verhogen het drop-out-risico? Zijn het de aard en ernst van de problematiek, betreffen het demografische variabelen als geslacht, sociaal- economisch niveau, of is het een interactie van deze twee? Zo is bekend dat psychiatrische stoornissen meer gesignaleerd worden bij lagere socio-economische klassen (Kaplan en Sadock 1981; Giel e.a. 1987; Hodiament 1986). Verondersteld wordt dat juist patiënten uit deze lagere klassen slechter behandelbaar zijn c.q. vaker afvallen.

Is dat zo en zo ja, welke oorzaken zijn hiervoor aan te wijzen? En als er concrete oorzaken zouden zijn, kunnen deze dan worden weggenomen?

In het hier gepresenteerde onderzoek wordt getracht na te gaan welke patiënten om welke redenen voortijdig een behandeling staken. Hiertoe is van ca. 200 patiënten die de polikliniek psychiatrie van het Sint Radboud Ziekenhuis hebben bezocht, de status onderzocht en zijn deze tevens (schriftelijk) geënkquêteerd. Na een uitgebreid literatuuroverzicht met betrekking tot drop-out-factoren c.q.- oorzaken wordt van dit onderzoek hier verslag gedaan.

Literatuurgegevens

De literatuur over het drop-out-fenomeen overziend blijkt dat er ten aanzien van dit thema nog vele problemen en onduidelijkheden bestaan die de diverse onderzoeken nauwelijks hebben kunnen oplossen of verhelderen (Baekeland en Lundwall 1975).

Een eerste probleem is dat definities van het begrip 'drop-out' sterk variëren. Er wordt soms uitgegaan van de instemming van de therapeut (Berrigan 1981; Kline 1973). Meestal geldt het aantal contacten als drop-outcriterium (o.a. Wansink 1984), of het eenzijdig wegblijven van de patiënt (Fiester 1975) of combinaties hiervan (Bowden 1980).

Gomperts (1976, in Kerkhof e.a. 1983) stelt een driedelig criterium voor waarbij óf de therapeut, óf de cliënt eenzijdig het contact beëindigt, óf beiden stoppen zonder consensus. Hij gaat ervan uit dat een minimumaantal contacten nodig is voor een nuttige therapie. Anderen (Fiester 1975; Silverman 1979) zetten hier vraagtekens bij. Graziano (1973) is van mening dat drop-out een tweede-orde-effect van (psycho) therapie is en vooral gekenmerkt wordt door de cliënt-therapeutrelatie. Volgens de diverse onderzoeken blijkt het percentage drop-out te variëren van 6-86%; deze grote spreiding is grotendeels te verklaren door een verschillend criterium dat de diverse onderzoekers hebben gehanteerd, en de verschillende settings die zijn onderzocht. Onderzoekssetting, training van de staf, aantal geplande contacten, het door

de cliënt verwachte aantal contacten blijken van invloed (Fiesta 1975; Garfield 1978; Lorion 1974; Reder en Tyson 1980; Graziano en Fink 1973).

Naar verbanden met demografische gegevens is naarstig gespeurd. Sekse, leeftijd, ras en geloof vertonen geen verband met drop-out. Sociale isolatie en gebrek aan band met de omgeving worden bijna unaniem als relevant beschouwd (Rosenberg en Raynes 1976; Baekeland en Lundwall 1975; Cross en Warren 1984; Wansink 1984; Leigh e.a. 1984; Spreeuwel 1982).

Hoewel de Amerikaanse en Nederlandse maatschappelijke omstandigheden niet vergelijkbaar zijn, wordt vrijwel eenduidig gevonden dat lage socio-economische klasse gecorreleerd is aan een hoog drop-out-percentage én ook aan een slechter therapieresultaat (Bowden 1980). Een uitzondering hierop is het onderzoek van Brouwer en Van de Heuvel (1982) die bij een IMP-populatie vinden dat én hoogste én laagste sociale klassen meer afvielen. De psychiatrische c.q. (psycho)therapeutische hulpverlening lijkt slecht geëquipeerd voor de problemen van de patiënt die:

1. sterk op het heden is gericht en weinig uitstel van behoeftebevrediging gedooft;
2. weinig introspectief is en meer somatiseert;
3. zich meer agressief uit;
4. slordiger met afspraken omgaat;
5. slecht verbaliseert (Kool 1985).

Door middel van diverse parameters (zoals Rorschach-test, MMPI, WAIS, enz.) heeft men getracht drop-out te voorspellen (Wilson en Whelan 1983; Dembo 1983; CRAIG 1982-1984; Fraps 1982; Joachim 1974 in Kelner 1982, p. 160 e.v.; Kelner 1982) zonder replicerbaar resultaat.

Diagnostische criteria worden meestal niet benoemd (Garfield 1987). Toch lijken drop-outs meer pathologie te vertonen (Bowden 1980) en (uiteraard) minder therapiecontacten te hebben dan de minder ernstig gestoorde neurotische patiënten (Woodward 1961 in Rosenberg en Raynes 1976, p. 72). Juist patiënten met antisociaal gedrag, psychotici, alcoholisme, meer angst, meer agressie en meer somatisatie beëindigen voortijdig de therapie.

'Broken homes' (Kline en King 1973) leiden tot meer therapie-drop-out terwijl vastere sociale bindingen meer patiënten in de therapie houden. Bij de diagnostiek treedt volgens Chafetz e.a. (1970, in Rosenberg en Raynes 1976, p. 72) verwarring op met lage socio-economische klassering gezien het feit dat het sociale gedrag van deze patiënten meer agressieve, niet geverbaliseerde kenmerken vertoont.

De therapeut lijkt eveneens een belangrijke rol te spelen bij het ontstaan van drop-out. Zijn houding (Baekeland en Lundwall 1975), zijn ervaring (bevestigd door Reeder 1980, ontkend door Berrigan 1981), zijn persoonlijke kenmerken en sociale klasse (o.a. Lorion 1974), zijn

taal (Duchn 1977; Lorion 1974) blijken gerelateerd aan drop-out.

Ook verschil in verwachtingen ten aanzien van therapie (Brill en Storow 1970 in Garfield 1982; Hageman-Smit 1972; Shapiro 1974; Lamb 1979) zijn van belang. Tracy (1977) ontkent echter een verband tussen drop-out en impliciete persoonlijke kwaliteiten van de intaker.

Dat drop-out wellicht een niet bestaand probleem zou zijn, wordt aangevoerd door Graziano (1973) en Silverman (1979). Meer genuanceerde onderzoeken leveren conflicterende resultaten, wel blijkt dat therapeuten vaker ontevreden zijn over het bereikte resultaat dan de patiënten (Pekarik 1983; Kerkhof 1983; Littlepage 1976) en de therapie langer willen voortzetten.

Een extra groep vormen de zgn. 'No-shows'. Dit zijn patiënten die wel worden aangemeld en ook een afspraak hebben gemaakt voor een intake maar daarop niet verschijnen. Hun percentage wordt wisselend opgegeven van 15 tot 75% (o.a. Tantam 1979). Over de redenen van wegblijven bestaan nog minder eenduidige verklaringen (Rapp 1983; Craig 1974; Rosenbergh en Raynes 1979). Uiteraard zijn van deze patiënten ook minder gegevens bekend.

Deze divergente resultaten overziend is het niet verwonderlijk dat de aanbevelingen ter vermindering van het aantal drop-outs niet eensluidend zijn. Aanbevolen worden onder andere 'reminders' (Peterson 1982), wachtkamer verbeteringen (Wansink 1984), intake-verbeteringen (Hageman-Smit 1972; Ray 1983), pretherapy (Berrigan 1981; Hagan 1983), role induction trainingen voor de patiënt (Garfield 1982), deskundigheidsbevordering en attitudeverbetering van de therapeut (Dembo 1982; Lorion 1974; Shapiro 1974).

Probleemstelling

Gestimuleerd door de diversiteit van meningen en onderzoeksresultaten in de literatuur besloten wij een eigen onderzoek op te zetten. Wij wilden een beeld krijgen van dit probleem op de polikliniek psychiatrie van het Sint Radboud Ziekenhuis te Nijmegen. Het betreft een psychiatrische universiteitspolikliniek waar co-assistenten en arts-assistenten worden opgeleid. De patiënt wordt zowel door de co-assistent, de arts-assistent als de psychiater-coach onderzocht. Eventueel volgt een psychologisch en meer uitgebreid somatisch onderzoek. De behandeling wordt door de arts-assistent uitgevoerd onder supervisie van de psychiater-coach.

Gezien de ervaringen van Wansink (1984), werd gekozen om de materie te onderzoeken vanuit oogpunten van de behandelaar en de patiënt afzonderlijk en deze twee te vergelijken. De geformuleerde probleemstelling luidde: 'hoe vaak komt in deze setting drop-out voor, waaraan is deze gerelateerd en stemmen de oordelen van patiënt en behandelaar overeen ten aanzien van de beëindiging van de behandeling'.

Onderzoeksopzet en methode

Deze probleemstelling werd in een tweeledig onderzoek uitgewerkt. Allereerst werd gestart met een retrospectief statusonderzoek, waarna de patiënten een enquête werd toegezonden. Er werd gekozen voor een globale definitie van drop-out waarbij de ideeën van Gomperts (1976, in Kerkhof e.a. 1983) als theoretisch uitgangspunt dienden. De gehanteerde definitie luidt: 'al die patiënten waarbij eenzijdig de therapie werd verbroken'. Kern van deze definitie is het gebrek aan consensus over het beëindigen van de therapie.

Het onderzoek vond plaats van april tot oktober 1985. De dossiers van alle patiënten die van 1 januari tot 1 juli 1984 de polikliniek hebben bezocht, werden in het onderzoek betrokken. Deze periode werd bepaald door het aantal drop-outs dat minimaal in het onderzoek gewenst werd. Uit de dossiers werd, volgens een gestandaardiseerde vragenlijst, de gewenste informatie overgenomen. Dit betrof demografische gegevens van de patiënt, zoals sexe, leeftijd, sociale relatie, socio-economische klassering (bij dit laatste werd uitgegaan van het beroepsniveau ingedeeld in zes klassen) (Westerlaak e.a. 1975), polikliniekgegevens (zoals aantal contacten, behandelaar, enz.), medische gegevens (als diagnose, behandelingsadvies, enz.), en wijze van beëindiging.

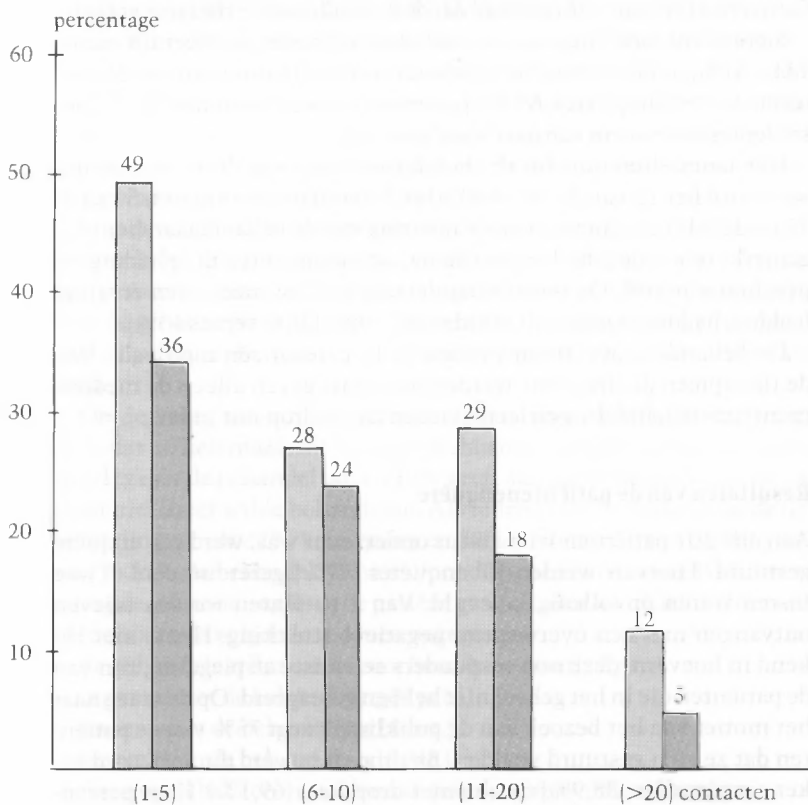
Bij indeling naar diagnostische categorieën dient opgemerkt te worden dat achteraf een indeling door de onderzoekers werd gemaakt op basis van de diagnostische formulering in de status. Van belang is hier op te merken dat ten tijde van het invullen van de dossiers door de behandelaar niet bekend was dat deze voor (dit) onderzoek gebruikt zouden worden. Hierna werden alle patiënten die in het onderzoek betrokken waren aangeschreven, en werd hun een enquête toegezonden. Hierin werd de patiënten gevraagd naar hun ervaring op de polikliniek ten aanzien van items als verwijzing, wachttijd, verwachtingen, geboden belangstelling en wisseling van behandelaar. Als de behandeling inmiddels was beëindigd werd gevraagd naar hoe en op wiens initiatief dit tot stand was gekomen en wat de patiënt daarvan vond. De laatste vragen betroffen een satisfactieonderzoek over de geboden hulp en de behandelaar. Ook naar het welbevinden na de behandeling en ten tijde van de enquête werd gevraagd.

Resultaten van het statusonderzoek

Gedurende de onderzoeksperiode hebben 215 patiënten voor een eerste afspraak de polikliniek bezocht. Ten tijde van het statusonderzoek (medio 1985) waren 12 van hen nog in behandeling. Van 8 patiënten was de status niet beschikbaar. Aan een drop-out-criterium: eenzijdig contactbeëindiging volgens de behandelaar, voldeden 83 patiënten. Dit is 40,1% ($83/(215-8)$).

Ten aanzien van sekse, noch van leeftijd, sociale relaties of socio-

Tabel 1: Percentage drop-out (■) en niet-drop-out (■) per contact
Tussen haakjes de absolute aantallen



economische klasse worden significante verschillen tussen drop-out en niet-drop-out gevonden. Opvallend is dat verwijzingen uit de ambulante geestelijke gezondheidszorg minder drop-out scoorden (30%) dan de overige verwijzers; dit verschil was echter niet significant. Het aantal drop-outs nam rechtlijnig af met het aantal contacten van 49,4% bij 1-5 contacten tot 4,8% bij meer dan 20 contacten. Bij nadere differentiatie bleek 63,6% van de drop-outs al na zeven contacten te zijn afgefallen (zie tabel 1). Verder bleek dat van patiënten die eerder onze polikliniek bezochten slechts 22,2% voortijdig afviel. Dit verschil was wel significant. Het aantal 'No-shows' bedroeg 22 (=10,6%). De wachttijd was kort: 93,7% van de populatie had binnen 3 weken een intake-gesprek, hetgeen derhalve geen aanknopingspunt voor drop-out opleverde. Als reden voor het voortijdig staken van de contacten werd (door de behandelaar):

- in 29,3% opgegeven dat de patiënt zonder nadere berichtgeving wegbleef,

- in 15,9% gemeld dat de patiënt geen verdere behandeling wenste,
- in 13,4% gevonden dat niet werd ingegaan op het gegeven advies.

Geen enkele maal werd gemeld dat de behandelaar de therapie staakte.

Significant meer drop-outs werden bij psychoses genoteerd: 8 van de 13 (= 61%). Bij neurotische depressies werden 16 drop-outs (= 36,4%) tegen 28 niet-drop-outs (63,6%) gescoord; er werd eenmaal de diagnose 'depressieve vorm van psychose' genoteerd.

Het aantal drop-outs bij alcoholabusus was 3 van de 4. Voor neuroses betrof het 15 van de 36 (= 40%) en bij somatiestoornissen 5 van de 13 (= 38%). Ten aanzien van de ervaring van de behandelaar dient opgemerkt te worden dat het, op één na, arts-assistenten in opleiding tot psychiater betrof. De twee behandelaars die 2 of meer jaren ervaring hadden, hadden significant minder drop-outs (26% versus 40%).

De behandelingsvormen werden in 11 categorieën ingedeeld. Van de therapieën die frequent werden toegepast gaven alleen de medicamenteuze behandeling en leefadviezen lagere drop-out-cijfers.

Resultaten van de patiëntenenquête

Aan alle 207 patiënten wier status onderzocht was, werd een enquête gestuurd. Hiervan werden 97 enquêtes (47%) geretourneerd. Twee lijsten waren onvolledig ingevuld. Van 7 patiënten werden brieven ontvangen met een overwegend negatieve strekking. Het is niet bekend in hoeverre deze non-responders een juiste afspiegeling zijn van de patiënten die in het geheel niet hebben gereageerd. Op de vraag naar het motief van het bezoek aan de polikliniek zegt 75% van de patiënten dat ze zich gestuurd voelden. Bij drop-outs werd dit antwoord vaker aangetroffen (88,9%) dan bij niet-drop-outs (69,1%). Hoge percentages van de geënuquêteerden waren tevreden over het eerste polikliniekcontact alhoewel het onderzoek als belastend werd ervaren. Wordt het al dan niet 'drop-out' zijn, volgens het statusonderzoek, gerelateerd aan deze gegevens, dan ontstaat het volgende beeld (zie tabel 2).

Tabel 2: Satisfactie van de patiënt over het eerste bezoek aan de polikliniek, gerelateerd aan het al/niet drop-out zijn volgens de behandelaar; vermeld zijn de percentages ontevreden patiënten met tussen haakjes de absolute aantallen

Vraag	drop-out	niet	χ^2	p-waarde
Ontevreden over de ontvangst	38% (10)	19% (12)	7,5	0.06
Ontevreden over de behandeling door de arts	24% (6)	6% (4)	15,7	0.01*
Moeite met het vertellen van de levensgeschiedenis	73% (19)	65% (42)	0,9	0.82
Ontevreden over de aandacht van de arts	23% (6)	9% (6)	8,3	0.04*

* Significante waarde

75% van de patiënten is tevreden over de ontvangst, maar van de drop-outs was 38% ontevreden tegen 19% van de niet-drop-outs. Van de totale populatie waardeerde 83% de behandeling van de artsen positief, echter 24% van de drop-outs was hier ontevreden over tegen 6% van de niet-drop-outs. Dit verschil is significant. 85% van de patiënten vond dat de arts goed luisterde, 3,5% van de drop-outs vond dat echter niet tegen 9% van de niet-drop-outs. Dit verschil is eveneens significant. Beide groepen hadden even frequent moeite met het vertellen van hun levensverhaal, te weten 66%.

Bij het vergelijken van de door de patiënt verwachte behandeling en de uiteindelijke geboden behandeling blijkt dat drop-outs vaker teleurgesteld worden dan niet-drop-outs. In totaal was 26% het niet eens met de geboden behandeling. Van de 57% die dat met de behandelaar besprak werden bij circa $\frac{1}{3}$ van hen de behandelingsadviezen veranderd.

Op de vraag aan de patiënt hoe de behandeling is beëindigd, zegt 25% dat zij helemaal zelf besloten hebben te stoppen, 39% deed dat in overleg met de behandelaar, en 19% geeft aan dat de behandelaar de patiënt niet meer wilde behandelen. Als reden voor het staken van de behandeling wordt 32% verwijzing en 32% verbetering opgegeven, terwijl in 32% de behandelaar niets voor de patiënt kon doen. Wordt eenzijdig de behandeling door de patiënt gestopt, dan worden hiervoor een of meer van de volgende redenen opgegeven:

- de behandelaar kon niets voor hem/haar doen (12 pat.).
- onvrede met de behandeling (9 pat.),
- oneens met de behandeling (8 pat.),
- vertrek van de behandelaar (8 pat.),
- het gevoel hebben onvoldoende geholpen te worden (6 pat.),
- een andere behandelaar gevonden (5 pat.),
- geen hulp meer willen (4 pat.),
- niet met de behandelaar kunnen opschieten (2 pat.).

Omdat wij meenden dat patiënten die van zichzelf vonden dat zij 'helemaal zelf besloten hadden om te stoppen' als drop-outs te kenmerken waren, werd deze groep nader onderzocht. Dit betrof 24 patiënten wier enquêtes in verband gebracht werden met de beschikbare statusgegevens. Op demografische eigenschappen verschilde ook nu deze groep niet wezenlijk van de totale onderzoekspopulatie. Verder onderzoek naar behandelvorm, reden voor drop-out, verwachtingen vooraf, leverde weinig verschillen op. Wel viel op dat 53% van deze patiënten liever een andere therapeut had gehad tegenover 22% van de niet-drop-outs ($p=.05$). Wordt het oordeel van de patiënt over de wijze van contactbeëindiging vergeleken met dat van de behandelaar, dan leidt dit tot verrassende resultaten (tabel 3): van de 24 drop-outs volgens de status zijn volgens de enquête 18 drop-outs en 6 niet en van de 55 niet-drop-outs volgens de status zijn volgens de enquête 24 drop-outs en 31 niet, terwijl nog 14 patiënten in behandeling zijn. Van deze groep van

Tabel 3: Drop-out-aantallen vergeleken tussen status en enquête

	Drop-out (volgens status)	Niet drop-out (volgens status)	Totaal
Drop-out volgens enquête	18	24	42
Niet-drop-out volgens enquête	<u>6</u>	<u>31</u>	<u>37</u>
Totaal	24	55	79

79 patiënten zou volgens de enquêtegegevens 53% drop-out zijn en volgens het statusonderzoek 30%. Het betreft tevens voor een zeer belangrijk gedeelte verschillende patiënten.

Het satisfactieonderzoek van de totale responderspopulatie staat vermeld in tabel 4. Daarbij valt op dat 46% van de drop-outs (volgens het statusonderzoek) ontevreden is over de geboden behandeling tegen 28% van de niet-drop-outs ($p=.005$). Van de drop-outs zou 52% anderen *niet* adviseren naar de polikliniek te gaan tegen 32% van de niet-drop-outs. De mate van verbetering wordt door beide groepen gelijk beoordeeld: 40%.

Tabel 4: Relatie tussen drop-out en satisfactie; tussen haakjes staan de absolute aantallen

	drop-out	niet-drop-out
Ontevreden over de behandeling	46% (12)	28% (19)
Anderen de poli <i>niet</i> adviseren	52% (13)	32% (21)
Weinig/niet verbeterd	41% (16)	39% (26)

Conclusie

In de literatuur bestaat weinig uniformiteit ten aanzien van de definitie van drop-out. Uit ons onderzoek blijkt dat dit in de praktijk eveneens geldt: patiënt en behandelaar verschillen in grote mate in de beoordeling van de manier waarop het contact beëindigd is. Zoals te verwachten is, bestaat er een samenhang tussen het al dan niet drop-out zijn en de mate van tevredenheid over de behandelaar en de behandeling. Ook de ervaring van de therapeut is van invloed, zowel op het drop-out-percentage als de satisfactie van de patiënt. Daarnaast lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat er een betere arts-patiëntrelatie bestaat bij meer medische behandelingscontacten als medicatie en leefadviezen.

Ten slotte

In dit onderzoek zijn van 200 patiënten gegevens verzameld met betrekking tot hun behandeling en de beëindiging daarvan op een polikliniek psychiatrie. Eerder is vermeld dat veel onderzoek naar het drop-out-fenomeen mank gaat aan tal van methodologische kwaliteiten. Onderzoek in de curatieve zorg moet doorgaans, noodgedwongen, gebruik maken van indirect/subjectief verkregen informatie zoals de patiëntendossiers. De onvolkomenheden van deze dossiers, zowel kwalitatief als kwantitatief, is genoegzaam aangetoond. Ook in dit onderzoek blijkt dat patiënten het dikwijls met hun behandelaar op hoofdzaken oneens zijn. De vermelding in de status ten aanzien van de beëindiging van de behandeling is de weergave van een subjectieve beoordeling door de behandelaar, die veel zegt over de verstoorde relatie met zijn patiënt en minder over de wijze van beëindiging ervan. Patiënten geven hierover immers dikwijls een andere mening.

Gegeven deze discrepantie tussen de patiënt en zijn hulpverlener, gepaard aan het tijdsverschil tussen de informatie uit de status (ca. 1 jaar geleden) en die van de patiënt (ten tijde van het onderzoek) zijn de conclusies uit dit onderzoek – en wellicht veel ander onderzoek naar drop-out – minder eensluidend dan gehoopt. Ten aanzien van de onderzoeksmethodiek zijn onze aanbevelingen echter des te stellender. De veel gebruikte 'vrije' status is onvoldoende geschikt om duidelijke conclusies op te kunnen baseren. Subjectiviteit en onvolledigheid spelen een te grote rol. Een strikt gestandaardiseerde status met voldoende controle op volledigheid en (periodiek) op betrouwbaarheid is een noodzakelijke voorwaarde. Een dergelijke status zou bij voorbeeld aangevuld kunnen worden met informatie van de patiënt welke op een meer objectieve wijze wordt verkregen dan door de behandelaar zelf. Een vragenlijst welke op belangrijke momenten door de patiënt zou worden ingevuld zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. Een onafhankelijk interview zou verkieslijker maar zelden haalbaar zijn.

Een dergelijke benadering: een gestandaardiseerde status, aangevuld met onafhankelijke beoordelingen door de patiënt, verschaft periodiek informatie waarmee kwantiteit maar vooral kwaliteit van de hulpverlening kan worden geëvalueerd. Afgezien van enkele specifieke projecten (o.a. Sijben 1986) wordt deze methode nog weinig toegepast in de GGZ. Deze methodiek die bekend staat als 'programma-evaluatie' zou ook van groot nut zijn voor het verzamelen van gegevens over tal van toegespitste vraagstellingen zoals de relatie tussen het drop-out-fenomeen en behandelings-/patiëntgegevens. Dan zal wellicht nog duidelijker dan in het hier gepresenteerde onderzoek informatie verkregen worden hoe dit fenomeen beleidsmatig het beste bestreden kan worden.

Literatuur

- Baekeland, F., L. Lundwall (1975), Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82/3, 738-783.
- Berrigan, L.P., S.L. Garfield (1981), Relationship of missed psychotherapy appointments to premature termination and social class. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 239-242.
- Bowden, C.L., L.S. Schoenfeld, L.A. Russel (1980), A correlation between drop-out status and improvement in a psychiatric Clinic. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 192-195.
- Brouwer, H., M. van den Heuvel (1982), *Kenmerken van cliëntenpopulaties en hun psychotherapeutische behandeling. Een exploratief onderzoek naar de ervaringen van drop-outs bij het IMP te 's-Hertogenbosch*. Tilburg, vakgroep Klinische Psychologie en Psychotherapie.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1987), *Kosten en financiering van de gezondheidszorg*, 1985, 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.
- Craig, R.S. (1984), Can personality tests predict treatment drop-outs? *The International Journal of the Addictions*, 19, 665-674.
- Craig, R.S., C. Rogalski (1982), Predicting treatment drop-outs from a drug abuse rehabilitation program. *The International Journal of the Addictions*, 17, 641-653.
- Cross, D.G., C.E. Warren (1984), Environmental factors associated with continuers and terminators in adult out-patient psycho-therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 363-369.
- Dembo, R., e.a. (1982), The impact of intake experiences on clients' dropping out of treatment at a community mental health center. *Journal of psychiatric treatment and evaluation*, 4, 345-353.
- Duehn, W.D., E.K. Proctor (1977), Initial clinical interaction and premature discontinuance in treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 284-290.
- Feldman, S., H.H. Goldstein (1971), Community Mental Health Center in the United States: an overview. *International Journal of Nursing Studies*, 8, 247-257.
- Fiestier, A.R., K.E. Rudestam (1975), A multivariate analysis of the early drop-out process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 528-535.
- Fraps, P., e.a. (1982), Predicting client attrition from psychotherapy through behavioral assessment procedures and a critical response approach. *Journal of Clinical Psychology*, 38/4, 759-764.
- Garfield, S. (1978), Research on client variables in psychotherapy. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Garfield, J. bergin (red.), New York, 191-232.
- Gelder, K. (1963), Afsluiten is meer dan ophouden. *Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk*, 3, 30-34.
- Giel, R., D. Wiersma, A. de Jong (1987), Sociale klasse en psychische stoornissen: een Hollands drama? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 129-147.
- Graziano, A.M., R.S. Fink (1973), Second-order effects in mental health treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 356-364.
- Hagan, L.D., e.a. (1983), Facilitating psychiatric patient follow-up a study of transfer attrition. *Journal of Clinical Psychology*, 39/4, 494-498.
- Hageman-Smit, J. (1972), Kontaktbreken. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 80-85.

- Hodiamont, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*, ISQ-publikatie nr. 16, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Kaplan, H.I., B.S. Sadock (1981), *Modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatry III*, Baltimore, Williams & Wilkins.
- Kelner, F.A. (1982), An evaluation of Joachim PT-scale in the prediction of premature termination from outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 38/1, 106-108.
- Kerkhof, A., e.a. (1983), Ongewenst contactbeëindiging. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 12, 1327-1339.
- Kool, J.A. (1985), *Literatuurstudie over drop-outs*, interne publikatie kliniek psychiatrie, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Kline, J.D., M. King (1973), Treatment drop-outs from a community mental health center. *Community Mental Health Journal*, 354-360.
- Lamb, R.H. (1979), Roots of neglect of the long-term mentally ill. *Psychiatry*, 42, 201-207.
- Leigh, G., e.a. (1984), Factors associated with patient drop-out from a outpatient alcoholism treatment service. *Journal of studies on Alcohol*, 45, 359-362.
- Littlepage, G.E., e.a. (1976), The problem of early outpatient terminations from community mental health centers: a problem for whom? *Journal of Community Psychology*, 4, 164-167.
- Lorion, R.P. (1974), Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients. *Psychological Bulletin*, 81, 344-354.
- Pekarik, K. (1983), Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39/6, 909-913.
- Peterson, J.W. (1982), Preappointment reminder calls to decrease no-show rates. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 311.
- Rapp, M.S. (1983), Where did the 'no shows' go? *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 672.
- Ray, R., e.a. (1983), Customer approach and walk-in clinic drop-out phenomenon. *International Journal of Psychiatry*, 29/2, 118-126.
- Reder, P.M.R.C., R.L. Tyson (1980), Patient drop-out from individual psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, 229-252.
- Rosenberg, C.M., A.E. Raynes (1976), *Keeping patients in psychiatric treatment*, Cambridge Massachusetts, Ballinger Publishing Company.
- Shapiro, R.S. (1974), Therapist attitudes and premature termination in family and individual therapy. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 2, 101-107.
- Silverman, W.H., R.P. Beech (1979), Are drop-outs, drop-outs? *Journal of Community Psychology*, 7, 236-242.
- Spreeuwel, M. van (1982), Wat hebben contactbrekers ons te zeggen. *Marge*, 6/1, 15-21.
- Sijben, N. (1986), *Omzien naar weldoen, programma-evaluatie in theorie en praktijk*, Instituut Psychiatrie KU Nijmegen, publikatie nr. 1. Akademisch proefschrift, Nijmegen.
- Tantam, D., G. Klerman (1979), Patient transfer from one clinician to another and dropping-out of out-patient treatment. *Social Psychiatry*, 14, 107-113.
- Tracy, J. (1977), Impact of intake procedures upon Client attrition in a community mental health center. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 (45), 192-195.

- Wansink, H. (1984), *Aansluiting gemist*, een onderzoek naar drop-outs bij een SPD, Utrecht.
- Westerlaak, J.M. van, J.A.M. Kropman, J.W.M. Collares (1975), *Beroepenklapper*, Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Wilson, E.N., W.M. Whelan (1983), Anxiety as a factor in continuance and drop-out in treatment. *The International Journal of the Addictions*, 18/4, 577-582.

Schrijvers zijn respectievelijk psychiater verbonden aan het RIAGG Den Bosch, destijds assistent-psychiater afd. Psychiatrie St. Radboud Ziekenhuis, Nijmegen; en klinisch research psycholoog, werkzaam als adviseur bij M en I partners (adviseurs voor management en informatie), destijds research coördinator op de afdeling Psychiatrie St. Radboud Ziekenhuis, Nijmegen. Correspondentieadres: Hescheweg 109, 5342 CH Oss.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 4-10-'88.