

BUITENLANDSE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN IN CRISIS: REPATRIËREN IS BESTE OPTIE

Opvang 'ontregelde reizigers' kan slimmer en goedkoper

Toeristen die psychiatrisch ontregeld raken, vormen een ingewikkelde groep voor psychiatrische instellingen. Door bureaucratische obstakels is het lastig om deze patiënten te repatriëren. Bij GGZ inGeest blijkt de inzet van een speciale verpleegkundige een enorm verschil te maken.

Van artsen wordt verlangd dat ze zich bewust zijn van de kosten en doelmatigheid van medische interventies waarbij de kwaliteit van de zorg niet uit het oog verloren mag worden.¹ Dit spanningsveld ervaren wij ook op onze psychiatrische opnameafdeling bij psychiatrisch ontregelde reizigers.

De psychiatrisch ontregelde reiziger is een patiëntencategorie die vaak vergeten wordt, maar in grote steden kunnen zij een substantieel deel uitmaken van alle opgenomen patiënten. Het gaat bijvoorbeeld om toeristen met een drugspsychose die niet meer in staat zijn tot terugreizen, of patiënten die vanuit psychotische overtuigingen op reis gaan en tijdens hun reis 'vastlopen'. In 2015 werden 25 'reizende' patiënten op onze afdeling opgenomen. Het grootste deel van hen werd gedwongen opgenomen (84%; 21 patiënten). Het merendeel (16 patiënten) was afkomstig van binnen de Europese Unie. De diagnose bij opname betrof een psychose, schizofrenie, schizo-affectieve stoornis of een bipolaire stoornis. De opnameduur varieerde tussen 2 en 86 dagen, het gemiddelde was 25,5 dagen. De totale

opnameduur (voor alle patiënten samen) betrof 637 dagen. Van elf patiënten waren bij ons tijdens de opname geen verzekeringsgegevens bekend. In deze gevallen konden wij ook geen beroep doen op andere financieringsmogelijkheden. Daardoor kon in 2015 bijna 145 duizend euro niet worden gedeclareerd, terwijl er wel zorg was geleverd.

Demotiverend

Bij reizigers ligt het maken van een ontslagplan ingewikkeld: zij hebben doorgaans geen vaste verblijfplaats en geen ambulante behandelkader in Nederland, wat ontslag bemoeilijkt. Het betrekken van familieleden en andere betrokkenen verloopt bij deze doelgroep ook vaak moeizaam. Ontslag naar de straat is in veel gevallen medisch gezien geen optie. Een langdurige klinische opname ervaren deze patiënten – begrijpelijkerwijs – als enorm demotiverend. Taalproblemen kunnen leiden tot misverstanden en soms zelfs tot agressie-incidenten. Voor zeven patiënten werd uiteindelijk dwangmedicatie (= dagelijks toedienen van psychofarmaca onder dwang) aangevraagd. Een separatie was noodzakelijk voor vijf

patiënten. Bij drie patiënten moest vanwege agressie politieassistentie of de hulp van een extern beveiligingsbedrijf worden ingeschakeld; de kosten daarvan komen voor rekening van de afdeling. We kunnen concluderen dat de opnames van deze patiënten allerm minst ongecompliceerd verlopen en gepaard gaan met hoge kosten voor de opnemende instelling.

Patstelling

Het lijkt daarom raadzaam de patiënt te repatriëren naar zijn thuisland. Over het repatriëren van psychiatrische patiënten bestaat weinig literatuur, maar mogelijk gaat repatriëring wel samen met een betere uitkomst van de onderliggende psychiatrische stoornis.² Opmerkelijk genoeg valt een medisch begeleide repatriëring vaak niet onder de polisvoorwaarden van een ziektekostenverzekering – terwijl een gedwongen opname wel wordt vergoed. In eerste instantie vragen wij daarom of de familie in staat is de patiënt te komen ophalen. Soms is dit niet mogelijk vanwege de ernst van het psychiatrische toestandsbeeld of omdat de familie

Het lijkt raadzaam de patiënt te repatriëren naar zijn thuisland



De psychiatrisch ontregelde reiziger is een patiëntencategorie die vaak vergeten wordt.

ken van geld voor een ticket en voor het inhuren van een verpleegkundige, waardoor we externe partijen moeten inschakelen.

Zeer flexibel

Dat moet handiger en efficiënter kunnen, vinden wij. De kosten van een lange opname van een onverzekerde patiënt zijn veel hoger dan de kosten van een ticket en een meereizende verpleegkundige. Om die reden is onze eigen instelling bereid vanaf medio 2016 een bedrag te reserveren voor het bekostigen van een ticket en een meereizende verpleegkundige. Hierdoor zijn we niet meer afhankelijk van externe partijen en kunnen we een patiënt repatriëren zodra zijn psychiatrische conditie dit toelaat. Op deze wijze doen wij ook geen onnodig beroep op overheidsdiensten zoals de DT&V, maar zetten wij hen alleen in als de repatriëring niet anders is uit te voeren. Inmiddels hebben wij enkele repatriëringen uit dit budget bekostigd. Wij werken hierbij samen met een verpleegkundige die zeer flexibel is en vrijwel altijd direct in staat is een terugreis per auto of per vliegtuig te organiseren. Wij verwachten dat de kosten van deze investering ruimschoots zullen opwegen tegen de kosten van langer durende opnames van onverzekerde patiënten. Psychiatrische instellingen leveren acute zorg aan toeristen in psychiatrische nood. Dat moet vooral zo blijven, maar het kan niet de bedoeling zijn dat deze instellingen een groot financieel verlies lijden op deze patiënten. We hopen met onze oplossing niet alleen het individuele patiëntenbelang te dienen (sneller behandeling in eigen taal) maar ook het financieel verlies op onze afdeling terug te brengen. Uiteindelijk is iedereen daarbij gebaat. ■

contact

j.mill@ggzingeest.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

web

De voetnoten en meer informatie over dit onderwerp vindt u op medischcontact.nl/artikelen.

geen geld heeft om de patiënt te komen ophalen. Er ontstaat dan een patstelling, waarbij ontslag niet mogelijk is, maar een langdurige klinische opname ook niet in het belang van de patiënt lijkt. Een laatste mogelijkheid is bij de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) van de Immigratie- en Naturalisatiedienst een aanvraag in te dienen voor een medisch begeleide repatriëring. De patiënt wordt in dat geval begeleid door medewerkers van de DT&V en een meereizende verpleegkundige. Bij iedere vorm van repatriëring wordt door ons overigens georganiseerd dat er in het land van herkomst psychiatrische (na-)zorg beschikbaar is. Voor elf van de in 2015 opgenomen patiënten vroegen wij uiteindelijk een medisch begeleide

repatriëring aan. Het uitbesteden van de repatriëring maakt dat wij zelf geen invloed meer hebben op de definitieve ontslagdatum. Die is immers afhankelijk van wanneer er medewerkers bij DT&V vrij gepland kunnen worden om de repatriëring uit te voeren. In de praktijk kan het voorkomen dat patiënten gelet op hun psychiatrische conditie eerder gerepatriëerd zouden kunnen worden, maar dat we moeten wachten op een vertrekdatum, waardoor de opnameduur verlengd wordt. Gezondheidszorgmiddelen worden dan niet doelmatig gebruikt, waarbij in het geval van onverzekerde patiënten de kosten flink kunnen oplopen. Het repatriëren van patiënten loopt bij ons dus eigenlijk vooral stuk op het ontbre-