



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Kwaliteit kortgesloten. Het beoordelen van de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen

Nijssen, Y.A.M.

Publication date

2000

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Nijssen, Y. A. M. (2000). *Kwaliteit kortgesloten. Het beoordelen van de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Kwaliteit Kortgesloten

Het beoordelen van de kwaliteit van zorg
op gesloten psychiatrische opname-afdelingen



Yolanda Nijssen

Kwaliteit kortgesloten

**HET BEOORDELEN
VAN DE KWALITEIT VAN ZORG
OP GESLOTEN PSYCHIATRISCHE
OPNAMEAFDELINGEN**

Yolanda Nijssen

Omslagfoto Willem Jan Eijsbroek, Driehuis
Omslagontwerp Niels Eijsbroek, Utrecht
Redactie Hetty Roqué-de Hoyer, Purmerend
Druk PrintPartners Ipskamp, Enschede

© 2000 Yolanda A.M. Nijssen, Driehuis

ISBN 90 9013741 6

Kwaliteit kortgesloten

**HET BEOORDELEN
VAN DE KWALITEIT VAN ZORG
OP GESLOTEN PSYCHIATRISCHE
OPNAMEAFDELINGEN**

Academisch proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit van Amsterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof. dr. J.J.M. Franse
ten overstaan van een door het college
voor promoties ingestelde commissie,
in het openbaar te verdedigen
in de Aula der Universiteit
op vrijdag 30 juni 2000 te 12.00 uur

door

Yolanda Anna Maria Nijssen

Geboren te Velsen

PROMOTIECOMMISSIE

Promotores

Prof. dr. A.H. Schene

Prof. dr. R.J. de Haan

Co-promotor

Prof. dr. B.P.R. Gersons

Overige leden

Prof. dr. G.A.M. van den Bos, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. W. van den Brink, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. M.C.H. Donker, Erasmus Universiteit Rotterdam

Prof. dr. C.M.A. Frederiks, Katholieke Universiteit Nijmegen

Prof. dr. N.S. Klazinga, Universiteit van Amsterdam

Prof. dr. G.F. Koerselman, Universiteit Utrecht

Faculteit der Geneeskunde

Dit onderzoeksproject is financieel ondersteund door:

Raad van Bestuur, Academisch Medisch Centrum,

Universiteit van Amsterdam

Afdeling Psychiatrie AMC

PARANIMFEN

Mw. drs. E.E.A. Nijssen

Drs. U.W. Nabitz

Voor mijn moeder



INHOUD

- Inleiding – 9
- 1 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsbewaking in de (geestelijke) gezondheidszorg – 13**
- 2 Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Een onderzoek – 33**
Y.A.M. Nijssen en A.H. Schene
Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1996;5:497-510
- 3 Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht – 49**
Y.A.M. Nijssen, A.H. Schene en R.J. de Haan
Tijdschrift voor Psychiatrie 1999;11:651-63
- 4 Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen – 69**
Y.A.M. Nijssen, A.H. Schene, R.J. de Haan en B.P.R. Gersons
Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1997;11:1109-23
- 5 Ontwikkeling en klinimetriche evaluatie van de KWAZOP. Een kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor gesloten psychiatrische opnameafdelingen – 87**
Y.A.M. Nijssen, A.H. Schene en R.J. de Haan
Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, geaccepteerd
- 6 Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Een illustratie van het KWAZOP-instrument – 105**
Y.A.M. Nijssen, R.J. de Haan, A.H. Schene, M.J.W. Koeter en B.P.R. Gersons
Tijdschrift voor Psychiatrie, geaccepteerd
- 7 Algemene beschouwing – 123**
- Samenvatting – 133
Summary – 138
Dankwoord – 142
Curriculum Vitae – 144
- Bijlage KWAZOP,
kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling – 145**



Inleiding

In Nederland worden patiënten met een acute en heftige psychiatrische crisis meestal opgenomen op een gesloten afdeling (Janssen, 1995). Het verblijf op een gesloten opnameafdeling is een uiterst stressvolle ervaring (Morrison e.a., 1999). Immers, de persoon die zich in een ernstig verstoorde psychische toestand bevindt, wordt ook nog eens geconfronteerd met medepatiënten die evenzeer in de war, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal zijn.

De intensieve begeleiding, de dreiging van suïcide en agressieve incidenten, tezamen met het streven naar een zo kort mogelijke opname duur, stellen hoge eisen aan de deskundigheid van de medische, verpleegkundige en paramedische disciplines, en vereisen een goede multidisciplinaire samenwerking.

In de samenleving worden met regelmaat twijfels geuit over de kwaliteit van de psychiatrische zorg. Nog onlangs (in 1999) hebben de documentaire 'Verwarring in de stad' van Ireen van Ditschuyzen en een noodlottig incident waarbij, ondanks de inzet van politie en psychiatrie, een man overleed, geleid tot een reeks van negatieve uitspraken over de modernisering van de psychiatrie in Amsterdam (Gersons, 1999). De kritiek spitst zich vooral toe op de crisisinterventie en het gebrek aan opnamemogelijkheden voor acute interventie. Daarnaast is er kritiek op de wijze waarop de gesloten opnameafdelingen functioneren (Janssen, 1995). Hulpverleners zouden zich met behulp van medicatie slechts richten op het reduceren van symptomen en storend gedrag. Met patiënten wordt te weinig overlegd en ze krijgen onvoldoende gelegenheid hun klachten en problemen te verduidelijken (Janssen, 1995; Van Haaster en Vink, 1996).

De negatieve berichtgeving over de psychiatrische hulpverlening in het algemeen en de gesloten opnameafdelingen in het bijzonder heeft de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) deels aan zichzelf te wijten (Langelaan, 1999). Door juiste voorlichting over de aangeboden zorg zouden psychiatrische instellingen en overkoepelende organisaties immers de negatieve geluiden in positieve richting kunnen bijsturen (Janssen, 1999). Zorgvuldig onderzoek naar de kwaliteit van de zorg en openheid over de onderzoeksresultaten zijn daartoe van belang.

In dit proefschrift staat de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen centraal. Het primaire doel van het onderzoek was het ontwikkelen van een instrument om de kwaliteit van de zorg op de gesloten afdeling te kunnen beoordelen en daarmee mogelijke knelpunten in de zorg te identificeren.

In HOOFDSTUK 1 worden de achtergronden van het onderzoek geschetst. Allereerst wordt een omschrijving gegeven van het begrip kwaliteit. Vervolgens worden de diverse voorstellen beschreven die de afgelopen decennia zijn geformuleerd om het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsbewaking in de (geestelijke) gezondheidszorg vorm te geven. Daarbij worden twee kwaliteitsmodellen, die in de GGZ frequent worden toegepast (European Foundation for Quality Management en het Harmonisatiemodel voor externe Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector), nader toegelicht. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de rol van patiënten in de kwaliteitsdiscussie en de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek behulpzaam kan zijn bij de ondersteuning van systematische kwaliteitsbewaking. Ook wordt ingegaan op het huidige streven van de GGZ haar zorg te moderniseren. Tot slot wordt de keus gemotiveerd om zorgonderzoek te verrichten op gesloten psychiatrische opnameafdelingen en worden de vraagstellingen van het proefschrift geformuleerd.

In HOOFDSTUK 2 wordt met behulp van een enquêteonderzoek inzicht verkregen in de omvang, alsmede in bepaalde organisatorische, personele en klinische kenmerken van gesloten psychiatrische opnameafdelingen in Nederland.

In HOOFDSTUK 3 wordt een literatuuroverzicht gegeven van de bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de GGZ. Van elk instrument wordt nagegaan door wie het is ontwikkeld, op welke wijze en voor welke doelgroep of zorgsector. Ook worden per instrument de gemeten zorgaspecten en de psychometrische eigenschappen geïnventariseerd.

In HOOFDSTUK 4 wordt met behulp van de methode van conceptmapping nagegaan aan welke eisen kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten opnameafdeling moet voldoen. Verschillende belanghebbenden (patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, verzekeraars en geneeskundig inspecteurs) worden bij het formuleren van de eisen betrokken. Op grond van de geformuleerde kwaliteitseisen worden vervolgens de relevante te beoordelen kwaliteitsaspecten onderscheiden en van prioriteiten voorzien.

In HOOFDSTUK 5 wordt de KWAZOP gepresenteerd. Het betreft hier een nieuw instrument om de KWALITEIT van de zorg op gesloten psychiatrische OPNAMEAFDELINGEN te beoordelen. In een psychometrisch onderzoek worden de meettechnische kwaliteiten van het instrument bestudeerd.

In HOOFDSTUK 6 wordt aan de hand van een kwaliteitstoetsing in drie psychiatrische ziekenhuizen de praktische toepassing van de KWAZOP geïllustreerd.

Het proefschrift wordt afgesloten met een algemene beschouwing (HOOFDSTUK 7), waarin de belangrijkste onderzoeksbevindingen worden besproken en aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek.

Literatuur

- Gersons B.P.R. Het Amsterdams model voor psychiatrie is in uitvoering. *Het Parool*, 17 december 1999.
- Haaster H. van, Vink M. *Crisishulpverlening in Amsterdam*. Utrecht, Stichting LPR, 1996.
- Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Janssen M. *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*. Utrecht, Trimbosinstituut, 1998.
- Janssen M. Psychiatrie in de media. *Deviant* 1999;23:4-7.
- Langelaan M. Het gevaar van sprookjes. *Psy* 1999;13:30-32.
- Morrison A.P., Bowe S., Larkin W., Nothard S. The psychological impact of psychiatric admission: some preliminary findings. *Journal of Nervous & Mental disease* 1999;4: 250-253.

1

1 Kwaliteitsbeleid en kwaliteitsbewaking in de (geestelijke) gezondheidszorg

Mevrouw Q is een week geleden, via de crisisdienst, opgenomen op de gesloten opnameafdeling. Die avond was zij door de politie meegenomen naar het bureau vanwege vreemd en gevaarlijk gedrag op de vijfde etage van een flatgebouw. Bewoners van de flat hadden de politie gewaarschuwd. Bij opname maakte mevrouw een angstige indruk. Ze gaf geen antwoord op vragen en bewoog zich amper. Wel liet zij zich naar een slaapkamer brengen en ging daar met haar jas aan op bed zitten. Hulp om haar jas uit te doen weigerde mevrouw en ze wilde ook niets drinken. De verpleegkundige van de avonddienst vertelde haar iets over de afdeling en liep regelmatig even bij haar langs. Vóór de overdracht trof zij mevrouw slapend aan boven op het bed nog steeds met haar jas aan. Tegen de ochtend, bij een ronde van de nachtdienst, bleek mevrouw wakker geworden. Zij stond pal voor haar slaapkamerdeur te wachten. De verpleegkundige stelde zich voor en leidde haar met zachte drang naar het kantoor om even te praten en wat drinken aan te bieden. Toen de verpleegkundige zich boog om iets op te rapen, pakte mevrouw Q de zaklantaarn die op tafel stond en sloeg de verpleegkundige daarmee op het hoofd. De verpleegkundigen brachten haar daarop weer naar haar kamer en deden de deur op slot. Het letsel van de verpleegkundige bleek mee te vallen. In overleg met de dienstdoende arts werd besloten mevrouw medicatie aan te bieden, hetgeen ze weigerde. De verdere dag bleef ze alles afhouden. Toen echter, via de politie, haar dochter zich meldde en op bezoek kwam, kreeg mevrouw een opwindingsstoestand waarop ze gedwongen medicatie toegediend kreeg. Daarmee was haar stilzwijgen doorbroken. Mevrouw vertelde over haar psychose: ze waande zich in een concentratiekamp wachtend op de beul. Haar leeftijd was 58 jaar, ze was alleenwonend, gescheiden en had twee kinderen. De afgelopen vijf jaar was ze tweemaal eerder opgenomen geweest met een psychose. Na de laatste opname was ze gestopt met de medicijnen, vanwege extrapiramidale bijwerkingen, concentratieproblemen en een vlak gevoel. Dit belemmerde haar in het dagelijks functioneren. Het nazorgcontact had ze verbroken.

Na een week heeft mevrouw Q zich met behulp van een dagprogramma en medicijnen goed hersteld. In gesprek met de verpleegkundigen en de behandelaar zegt ze met de medicijnen te willen stoppen en met ontslag te willen. De behandelaar legt haar uit dat medicijnen belangrijk zijn om herhaling te

voorkomen en adviseert haar deeltijdbehandeling. De vraag is wat voor mevrouw Q goede kwaliteit van zorg is. Een crisis zoals deze wil ze graag voorkomen, maar om die reden doorgaan met de medicijnen wil zij niet. Deeltijdbehandeling of nazorg vindt ze niet nodig. Ze redt het thuis wel en praten over het verleden of hoe het zo ver heeft kunnen komen, helpt toch niet, dát verander je niet meer.

KWALITEIT VAN ZORG

Hoewel kwaliteit meestal als verzamelbegrip wordt gebruikt voor alles wat goed en nastrevenswaardig is, laat het voorbeeld zien dat de opvatting van een hulpverlener niet altijd hoeft aan te sluiten bij de mening van de patiënt. Dat maakt kwaliteit tot een lastig gespreksonderwerp (De Ridder, 1991). Om het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te kunnen hanteren, is een heldere begripsdefiniëring noodzakelijk (Harteloh en Casparie, 1994). Indien men de vele voorgestelde definities van kwaliteit in ogenschouw neemt (Klazinga, 1996), dan kan men het begrip kwaliteit karakteriseren als een persoonsgebonden begrip dat pas betekenis krijgt in relatie tot een bepaald object, in dit geval de gezondheidszorg. De betekenis wordt bepaald door het gezichtspunt van waaruit de persoon die het begrip kwaliteit gebruikt, naar de zorg kijkt. Kwaliteit is een relatief begrip, dat wil zeggen dat het oordeel over de kwaliteit totstandkomt door te vergelijken. Bij een beoordeling van de gezondheidszorg baseert men zich bovendien op die aspecten van de zorg die voor de kwaliteit relevant gevonden worden. Dat betekent dat kwaliteit niet alleen een relatief, maar ook een multidimensioneel begrip is. Afhankelijk van het gezichtspunt van de persoon blijken andere dimensies of aspecten relevant gevonden te worden.

Een veel gehanteerde definitie van kwaliteit luidt: 'De mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de hieraan gestelde eisen, welke voortvloeien uit het gebruiksdoel' (KNMG, 1989). In de gezondheidszorg wordt de term 'eisen voortvloeiend uit het gebruiksdoel' ook wel vervangen door 'vastgelegde of vanzelfsprekende eisen of behoeften' (NRV, 1990). Om duidelijkheid te kunnen krijgen over de eigenschappen en eisen of behoeften dienen eerst een aantal inhoudelijke en methodologische vragen te worden beantwoord. Er moet vastgesteld worden om welk product, proces of dienst het gaat, wie de kwaliteit beoordeelt en met welk doel de kwaliteit beoordeeld wordt. Om inzichtelijk te maken aan welke eisen een kwali-

tatief goed product, proces of dienst moet voldoen, dienen de kwaliteitsopvattingen vervolgens op betrouwbare wijze te worden geëxpliciteerd en dient consensus te worden bereikt over de (meest) relevante opvattingen (De Ridder, 1991; Depla, 1992).

KWALITEITSBELEID IN DE GEZONDHEIDSZORG

De aandacht voor de kwaliteit van de zorg is in de jaren tachtig toegenomen omdat een deel van de geconstateerde variatie in de zorg niet kon worden verklaard door een streven naar zorg op maat (commissie Hoefnagels, KNMG, 1989). Artsen bleken verschillende criteria te hanteren voor een zelfde behandeling. Bij vergelijkbare patiëntengroepen bleek de frequentie waarmee bepaalde ingrepen werden verricht aanzienlijk te kunnen variëren (Mackenbach, 1990). Geconstateerd werd dat bepaalde behandelingen ten onrechte werden uitgevoerd, maar ook dat van tal van medische ingrepen (nog) nooit goed was vastgesteld bij welke patiënten zij wel effectief waren en bij welke niet. Omdat de toenemende mogelijkheden gepaard gingen met een groeiende vraag naar gezondheidszorg, was het vervolgens niet alleen van belang om na te gaan welke nieuwe technieken effectief ofwel doeltreffend waren, maar moest tevens een doelmatige afweging worden gemaakt tussen opbrengsten en kosten (Harteloh en Casparie, 1994).

In 1991 stelde de commissie Dunning voor om de gehele gezondheidszorg door een trechter met filters heen te laten gaan: de eerste zeef filtert wat niet tot de gezondheidszorg behoort; de tweede zeef selecteert wat niet effectief is; de derde zeef sluit uit wat niet doelmatig is; en de vierde zeef gaat na wat niet vergoed hoeft te worden. De essentiële zorg blijft dus boven de vierde zeef hangen (Commissie Keuzen in Zorg, 1991).

De toenemende keuzemogelijkheden in de zorg leidden ook tot meer betrokkenheid van patiënten(organisaties). Als gevolg van deze ontwikkelingen wordt in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) de eis verwoord dat de zorg doeltreffend, doelmatig én patiëntgericht moet zijn. De wet verplicht zorginstellingen tevens om zelf criteria en normen te formuleren en aan systematische kwaliteitsbewaking te doen.

De eerste initiatieven voor een systematische en gestructureerde kwaliteitsbewaking ontstonden in Nederland in de vorm van intercollegiale toetsing (CBO, 1976). De kwaliteitstoetsing vond daarbij uitsluitend plaats door beroepsgenoten (Giebing, 1987). In de loop van de

jaren tachtig kwam, vooral onder invloed van de 'evidence-based' geneeskunde (EBM working group, 1992), het ontwikkelen van wetenschappelijke gefundeerde richtlijnen voor goede zorg centraal te staan en werden ook andere partijen bij de kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering betrokken. Door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid werd in 1986 de discussienota Begrippenkader Kwaliteit van de Beroepsuitoefening uitgegeven, omdat de Raad de onduidelijkheid over het begrip kwaliteit van de beroepsuitoefening niet werkbaar vond bij zijn taak als adviseur aan de Kamer (NRV, 1986). De Raad was in die tijd ook betrokken bij het ontwerp van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De wet BIG moet de kwaliteit van de beroepsuitoefening bevorderen en bewaken en de patiënt beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsuitoefenaars (Ministerie van wvc, 1993).

Aan het eind van de jaren tachtig werd in Leidschendam op initiatief van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) een door de overheid ondersteunde eerste conferentie gehouden (in 1990 en 1995 volgden nog twee conferenties; de conferentie voor mei 2000 wordt momenteel voorbereid) over een te ontwikkelen landelijk kwaliteitsbeleid (KNMG, 1989; KNMG, 1990; NRV, 1995). Alle betrokken partijen in de gezondheidszorg (patiënten, aanbieders, verzekeraars en overheid) waren op de conferentie vertegenwoordigd. De doelstelling was initiatieven en activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering op elkaar af te stemmen, dit mede in het licht van het advies van de commissie Dekker (1987). In dat advies was gesteld dat de rol van de overheid in de gezondheidszorg voor een groot deel moest worden afgebouwd ten gunste van meer invloed van de 'markt'. Verzekeraars en aanbieders van de zorg zouden meer ruimte moeten krijgen om zich te gedragen als marktgerichte ondernemingen. Daar hoorde ook de mogelijkheid bij van concurrentie om de gunst van de klant. Het monopolie van de zorgaanbieders moest verdwijnen, zodat men gedwongen wordt om kwaliteit te leveren en kostenbewuster te werken (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987). Het ministerie van wvc legde in navolging op de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990 de nota Kwaliteit van Zorg (1991) voor aan de Tweede Kamer, waarin een kwaliteitsbeleid voor de zorgsector werd beschreven met het voorstel de resultaten van het beleid na vijf jaar te evalueren. Als meetlat zou gelden de mate waarin een adequate normstelling tot stand was gebracht en de

kwaliteit van de zorgverlening op systematische wijze werd bevorderd en bewaakt. In de nota *Gezond en Wel* werd het voorgestelde beleid bevestigd (wvc, 1995). De voor 1995 gestelde deadline dat in zorginstellingen een kwaliteitsbewakend systeem operationeel zou moeten zijn, werd echter vrijwel nergens in de gezondheidszorg gehaald. Vanuit de overheid werd wel de filosofie van de Leidschendamafspraken vastgelegd in de eerdergenoemde *Kwaliteitswet Zorginstellingen* en vanuit het praktijkveld werd in 1994 de Stichting *Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector* opgericht. De Stichting stelt zich tot doel de harmonisatie te bevorderen in de externe beoordeling van kwaliteitsystemen in de zorgsector. Het *Harmonisatiemodel* dat door de Stichting inmiddels is ontwikkeld en als raamwerk moet dienen voor externe kwaliteitsbeoordeling (Stichting HKZ, 1996) zal elders in dit hoofdstuk nader worden toegelicht.

Kwaliteitsbeleid in de Geestelijke Gezondheidszorg

De Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GIGV) gaf eind jaren tachtig, begin jaren negentig blijk van haar specifieke verantwoordelijkheid voor het kwaliteitsvraagstuk in haar *Referentiekaders Middelen en Maatregelen* (1987) en *Noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen* (1990), het eindrapport *Proeftoetsing Middelen en Maatregelen* (1990) en haar discussienota *Kwaliteitszorg in de GGZ* (1990). Uitgangspunt was een afstemming tussen de informatiebehoefte van de GIGV als extern toezichthouder en de informatie die de GGZ-instelling behoeft voor het bewaken van goede kwaliteit van zorg. Ook de Nationale Ziekenhuisraad publiceerde een nota 'Zorg voor kwaliteit: het managen van kwaliteit in Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen'. Deze nota werd samengesteld door de Werkgroep *Kwaliteitsbeleid van de directeuren behandelzaken van psychiatrische ziekenhuizen* (NZR, 1991).

De vier koepelorganisaties in de Geestelijke Gezondheidszorg en de Verslavingszorg (thans GGZ Nederland) vormden in 1992 een gezamenlijk overlegorgaan, de *Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid*, om hun activiteiten op het gebied van systematische kwaliteitsbewaking op elkaar af te stemmen. De *Stuurgroep* bracht in 1994 het *Basisdocument kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg* uit. Daarin werd omschreven welke kwaliteitsbewakende en kwaliteitsbevorderende instrumenten minimaal in GGZ-instellingen

aanwezig behoren te zijn en tevens aan welke voorwaarden die instrumenten behoren te voldoen. Vervolgens werd per koepel geïnventariseerd welke activiteiten er in het kader van kwaliteitsbewaking plaatsvonden en welke kwaliteitsinstrumenten aanwezig waren. Met deze gegevens werd naast een discussienota GGZ-kwaliteitsbeleid (1996) een programma Kwaliteitszorg GGZ Nederland (1997) opgesteld.

Met het oog op de Leidschendamconferentie in mei 2000 werden eind 1999 de doelstellingen van de eerdere conferenties voor de GGZ geëvalueerd (GGZ-Nederland, 1999). De conclusie was dat op het gebied van begripsverheldering (wat is verantwoorde zorg?; wat is een kwaliteitssysteem?) en externe beoordeling veel is bereikt. Het eerdergenoemde Harmonisatiemodel van de Stichting HKZ is uitgewerkt in een GGZ-breed toetsingskader voor interinstitutionele toetsing, dat in de instellingen op bruikbaarheid wordt beoordeeld. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen verloopt echter nog steeds traag, terwijl ook de inbreng van patiënten en verzekeraars te wensen overlaat. Ook is er onvoldoende inzicht in de kwaliteit van de geboden zorg. Bij onderzoek daarnaar moet meer aandacht zijn voor aspecten die patiënten belangrijk vinden. Tevens moet er meer aandacht zijn voor de effectiviteit en de doelmatigheid van zorg. Kortom, de GGZ moet in de toekomst kunnen laten zien wat het gevoerde kwaliteitsbeleid nu feitelijk heeft opgeleverd.

KWALITEITSBEWAKING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Avedis Donabedian wordt wel beschouwd als de grondlegger van de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. Voor het meten van kwaliteit onderscheidt hij drie elementen: structuur, proces en uitkomst (Donabedian, 1982). Onder de structuur van de gezondheidszorg worden de voorwaardenscheppende factoren en de min of meer constante kenmerken van het primair proces verstaan. Het primair proces zelf is een term voor de medische interventie en de verzorgende en verplegende handelingen; het betreft de interactie tussen zorgverleners en patiënten. De uitkomst verwijst naar de totstandgekomen verandering in een toestand van de patiënt of een populatie, die aan de (zorg)interventie kan worden toegeschreven. Het kan daarbij gaan om overleving, biofysiologische en klinische parameters, lichamelijke beperkingen, kwaliteit van leven én patiënttevredenheid (Lohr, 1988).

Een beoordeling van de kwaliteit aan de hand van structuur, proces

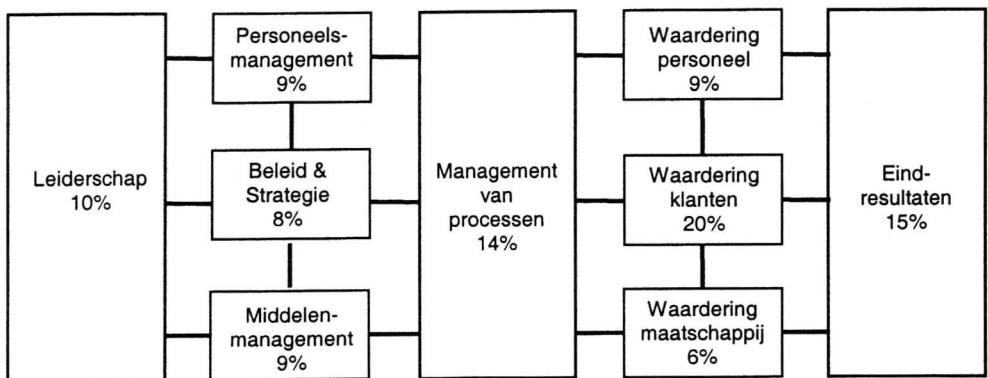
en uitkomst heeft verschillende voor- en nadelen (Harteloh en Casparie, 1994). Structuuraspecten zijn in het algemeen makkelijk te meten, maar zijn meestal moeilijk bij te sturen. Daarbij is het (nog) onduidelijk wat de precieze relatie is tussen structuuraspecten enerzijds en de kwaliteit van het zorgproces of de uitkomst anderzijds. Patiënten en hulpverleners blijken hun oordeel over de kwaliteit met name te baseren op ervaringen opgedaan in het zorgproces. In het zorgproces komt immers de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk tot stand en daar liggen ook de mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering. Een proces is echter vaak moeilijk te meten. Ook aan de uitkomst wordt veel belang gehecht. Verondersteld wordt dat de uitkomst op een of andere manier een weerspiegeling is van de kwaliteit van het eraan ten grondslag liggende proces. Donabedian (1988) stelt echter dat kwaliteitsonderzoek niet tot louter uitkomstenonderzoek mag worden gereduceerd, omdat daarmee een belangrijke manier om betere uitkomsten te krijgen wordt afgesneden. Immers, wanneer de beoogde uitkomst niet gehaald is, is het van belang om te weten of er eerder in het proces een fout is geslopen (De Ridder, 1991). Tevens blijkt een goede uitkomst niet in alle gevallen het resultaat te zijn van een kwalitatief goed proces (Davies en Crombie, 1995).

Kwaliteitsmodellen

In antwoord op de vraag 'hoe kwaliteit beoordeeld en verbeterd kan worden' zijn in de zorgsector verschillende kwaliteitsmodellen ontwikkeld. Twee modellen die ook in de GGZ worden toegepast, worden besproken.

Door veertien toonaangevende Europese bedrijven (waaronder KLM, FIAT, British Telecom en Olivetti) is in de jaren tachtig een multidimensioneel kwaliteitsmodel, het zogenaamde European Foundation for Quality Management (EFQM) Model, opgesteld, dat goed aansluit bij de indeling van Donabedian (Nabitz en Klazinga, 1999). Het model onderscheidt negen aandachtsgebieden die bepalend zijn voor de kwaliteit van een organisatie (afbeelding 1).

In het model wordt onderscheid gemaakt tussen vier resultaatgebieden (rechts op de afbeelding) en vijf voorwaardenscheppende organisatiegebieden (links op de afbeelding) met als centraal aandachtsgebied management van processen. De percentages geven het relatieve gewicht van elk van de aandachtsgebieden weer. De gebieden

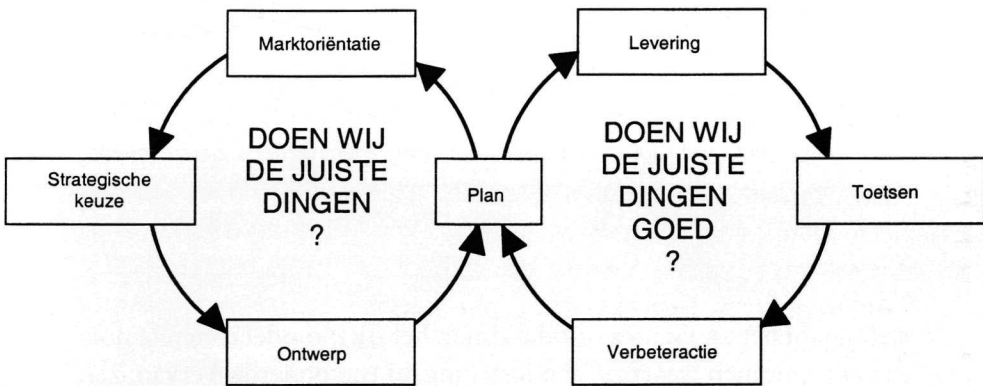


Afbeelding 1. EFQM-model: aandachtsgebieden met prioriteiten

beïnvloeden elkaar, waarbij een goede organisatie voorwaarde is voor goede resultaten en, omgekeerd, gewenste resultaten bepalend zijn voor de organisatie en de inrichting van processen.

De Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit heeft het EFQM-model in het Nederlands vertaald en er een ontwikkelingsfasering aan toegevoegd (Walburg, 1997). De Stuurgroep is in 1994 omgezet in het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK), dat haar werkgebied heeft uitgebreid naar non-profitorganisaties. Het INK-model is nadrukkelijk geen managementmodel dat voorschrijft hoe een instelling bestuurd moet worden, maar een model voor toetsing en beoordeling van de organisatie en de resultaten van de instelling. Het gaat daarbij om het bereiken van meetbare resultaten van zorg, waaronder de waardering van patiënten, dat in het model de hoogste prioriteit krijgt. Uitgangspunt van het INK-model is dat kwaliteit betrekking heeft op alle niveaus van de organisatie en dat alle medewerkers participeren in het realiseren van kwaliteit. Het model sluit aan bij het moderne kwaliteitsdenken, dat ervan uitgaat dat kwaliteit geen vaststaand gegeven is, maar een continu proces van leren en verbeteren. Het basisidee van de moderne kwaliteitsbenadering is dat slechte kwaliteit ontstaat door een slechte organisatie. Een signaleerde fout wordt in deze visie doorgaans niet toegeschreven aan het tekortschieten van een persoon, maar aan een complex van factoren. Iedere fout wordt gezien als een mogelijkheid tot verbetering waar voortdurend naar wordt gezocht. Dit in tegenstelling tot de klassieke benadering waar de nadruk meer op bewaking,

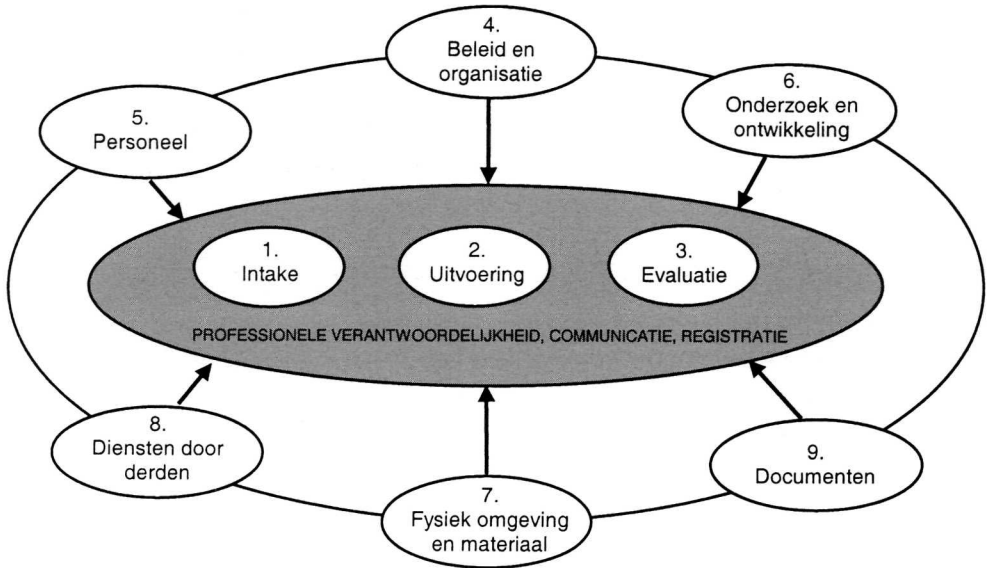
inspectie en controle ligt en fouten worden gesanctioneerd. Op het speuren naar fouten wordt in een dergelijk klimaat verdedigend gereageerd, hetgeen leidt tot afdekking van fouten waarmee het uiteindelijke doel, een verbetering van de kwaliteit, uit het oog wordt verloren. Bij de moderne benadering wordt ervan uitgegaan dat degene op de werkvloer die het dichtst bij het proces staat het eerst en het gemakkelijkst tekortkomingen constateert. In gezamenlijk overleg moet dan gezocht worden naar mogelijkheden tot verbetering. Kwaliteit verloopt op deze manier via een cyclisch proces van toetsen en verbeteren, waarbij de vragen worden gesteld: 'doen wij de juiste dingen?' en 'doen wij de juiste dingen goed?' (afbeelding 2).



Afbeelding 2. De kwaliteitscirkel

Het tweede kwaliteitsmodel betreft het Harmonisatiemodel voor Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ-model). In het model staat het primaire proces van intake, uitvoering en evaluatie als kernactiviteit van de instelling centraal. Daaromheen worden zes ondersteunende processen onderscheiden (afbeelding 3).

Het model is voor de GGZ uitgewerkt als kader voor interinstitutionele toetsing. Daartoe is aangesloten bij kwaliteitsaspecten in de wetgeving, de afspraken die zijn gemaakt op de Leidschendamconferenties en reeds bestaande kwaliteitsnormen binnen de sector. Na proeftoetsingen in de GGZ is aan de ondersteunende processen van het toetsingskader het aandachtsgebied 'Uitkomsten' toegevoegd. In tegen-



Afbeelding 3. HKZ-model: primair proces van de zorgverlening met ondersteunende processen

stelling tot het EFQM/INK-model zijn in het HKZ-model concrete normen opgenomen waarmee een instelling, of een onderdeel ervan, kan worden doorgelicht. Dit gebeurt door middel van visitaties door getrainde visitatoren afkomstig uit andere instellingen. De toetsingen worden georganiseerd door GGZ-Nederland en zijn gericht op het aandragen van punten voor kwaliteitsverbetering. Conform het EFQM/INK-model wordt ook in dit kwaliteitsmodel belang gehecht aan het oordeel van de patiënt.

PATIËNTPARTICIPATIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De rol van psychiatrisch patiënten in de kwaliteitsdiscussie heeft in de loop der jaren verschillende vormen aangenomen. Begin jaren zeventig verbraken patiënten hun isolement door in het openbaar misstanden in de GGZ te signaleren. Deze periode wordt in de ontwikkeling van de patiëntenbeweging ook wel de 'coming out-fase' genoemd (Rijkschroeff, 1989). De ervaringsdeskundigheid van patiënten in de GGZ won aan legitimiteit (Ketelaars e.a., 1993). Het oordeel van de patiënt

werd niet langer terzijde geschoven met het argument dat diens oordeelsvermogen gestoord was en derhalve niet valide. In de loop van de jaren zeventig trachtte de patiëntenbeweging via acties de positie van psychiatrisch patiënten te verbeteren. De meeste daarvan hadden de rechtspositie en de dwangbehandeling als inzet en richtten zich op wijzigingen in het reeds in 1971 ingediende wetsontwerp Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen. Uit onvrede met wat er met hun bijdragen gedaan werd, nam in de jaren tachtig de patiëntenbeweging het initiatief om zelf beleid te formuleren (Denk- en Doeplan, Cliëntenbond, 1982). Door de eerdergenoemde commissie Dekker (1987) werd, in het kader van de liberale marktfilosofie, de patiënt geïntroduceerd als consument, waarbij de patiëntenrechten als een aspect van kwaliteit werden beschouwd. De commissie constateerde dat de positie van de patiënten nog zwak was en dat verbetering was gewenst. Dit moest gebeuren door middel van het creëren van een fonds waaruit patiëntenorganisaties gefinancierd konden worden, het versterken van de invloed van patiënten in adviesraden en het vastleggen van hun rechten. Tevens vond de commissie dat patiënten in staat moesten worden gesteld om de kwaliteit van de zorg te beoordelen (Oudenampsen, 1991). Het oordeel van patiënten over de kwaliteit van de zorg wordt om een aantal redenen belangrijk gevonden (Wensing, 1997; Walburg, 1997): ten eerste volgen tevreden patiënten de voorgeschreven behandeling beter op, ten tweede is tevredenheid van patiënten een geprefereerde uitkomst van de zorg, ten derde is de tevredenheid van patiënten een indicator van de kwaliteit van de zorg, en als laatste kan de tevredenheid van patiënten, teruggekoppeld naar de zorgverlening, tot verbetering van de zorg leiden. Het advies van de commissie Dekker betekende een doorbraak. Voortaan kon de patiënt als consument eisen stellen aan de zorg.

KWALITEIT VAN ZORG ONDERZOEK

De staatssecretaris van Volksgezondheid verzocht de Raad voor Gezondheidsonderzoek in 1989 een advies uit te brengen over de wijze waarop wetenschappelijk onderzoek behulpzaam kan zijn bij de vormgeving van een landelijk kwaliteitsbeleid en het streven om de kwaliteitsbewaking systematisch aan te pakken (RGO, 1990). In het advies werd gesteld dat voor een goed kwaliteitsbeleid in de eerste plaats inzicht nodig is in de eisen waaraan concrete vormen van zorg moeten

voldoen, willen deze als 'kwaliteitszorg' worden aangemerkt. In de tweede plaats is inzicht nodig in de kwaliteit van de feitelijk geleverde zorg, en vervolgens in de wijze waarop kwaliteit kan worden verbeterd. Volgens de Raad ontbrak het voor dat inzicht aan kennis en aan instrumenten. Wetenschappelijk onderzoek kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren.

Omdat de aandacht voor kwaliteitsbewaking als onderwerp voor wetenschappelijk onderzoek van betrekkelijk recente datum was, was meer inzicht in het werkkerrein een eerste vereiste. Met betrekking tot de definitie van kwaliteit en aanverwante begrippen heeft de Raad zich zo veel als mogelijk aangesloten bij de eerdergenoemde definitie en discussienota van de NRV en bij een vervolgnota 'Algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering' (NRV, 1990). De Raad heeft vervolgens de aanbeveling gedaan een onderzoeksprogramma op te zetten ter bevordering van de kwaliteitsbewaking op de terreinen thuiszorg, chronisch zieken en zwakzinnigenzorg. Daarbij werd de voorkeur gegeven aan een programma binnen het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

In 1991 werd de NWO-programmacommissie 'Kwaliteit van Zorg' (KWAZO) opgericht met als centraal aandachtspunt de ontwikkeling en toepassing van meetinstrumenten en betrouwbare kwaliteitsindicatoren; daarbij moest het perspectief van verschillende partijen, zoals aanbieders, patiënten en verzekeraars, aan de orde komen. Samenwerking met zorginstellingen was een belangrijke voorwaarde. In een latere fase werden ook projecten geïnitieerd die gericht waren op de implementatie van de ontwikkelde instrumenten. Het KWAZO-programma duurde van 1992 tot 1997.

In navolging van het NWO-programma ontwikkelde de werkgroep GGZ van ZorgOnderzoek Nederland het programma 'Kwaliteit van zorg in de GGZ' (1998). Er werd geconstateerd dat voor diverse sectoren in de GGZ instrumenten ontwikkeld waren om de kwaliteit van de zorg te beoordelen, maar dat een overzicht van deze instrumenten ontbrak, evenals inzicht in de kwaliteit van deze instrumenten. Als een van de hoofddoelstellingen van het programma werd dan ook geformuleerd het inventariseren, evalueren en, bij gebleken waarden, harmoniseren en implementeren van actueel in de praktijk gebruikte kwaliteitsinstrumenten.

MODERNISERING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Traditioneel richtten de Nederlandse GGZ-instellingen zich min of meer op afzonderlijke problematiek en derhalve op verschillende typen patiënten. Globaal samengevat betekende dat: de lichte of psychosociale problematiek in de RIAGG, de zware of psychische problematiek in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) en de chroniciteit in beschermde woonvormen (Ministerie van WVC, 1984).

In de GGZ is vanaf de jaren tachtig echter een veranderingsproces gaande dat streeft naar een betere afstemming van zorgvraag en zorgaanbod. Aan de organisatie van de GGZ worden daartoe de volgende eisen gesteld: ten eerste flexibiliteit om te komen tot patiëntgerichte zorg op maat; ten tweede keuzemogelijkheden voor de patiënt; en ten derde continuïteit van zorg, onder meer door vloeiende overgangen en samenwerkende instellingen (NRV, 1989). Centraal bij de nieuwe GGZ-organisatie staat de vermaatschappelijking van de zorg en een betere integratie van de psychiatrische patiënt in de samenleving door deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen en extramuralisering van zorg. De verwachting is kwalitatief betere zorg te kunnen bieden vanuit meer kleinschalige voorzieningen in de gemeenschap in plaats van grote ziekenhuizen ergens ver weg in de bossen. De vroeger gescheiden vormen van zorg moeten binnen deze kleinschalige voorzieningen of multifunctionele eenheden (MFE's) verenigd worden. In beginsel moet hulp aan de patiënten zo veel als mogelijk worden verleend door ambulante teams in de eigen sociale omgeving. Opnamen zijn tijdelijke onderbrekingen van een in de regel ambulante proces en zijn in beginsel kortdurend, zo nodig gevolgd door klinische resocialisatie. In dit alles is de continuïteit tussen ambulante en klinische zorg van essentieel belang. Voor slechts een beperkt aantal personen is langdurige intensieve bescherming, psychiatrische verpleging en 24-uurstoezicht noodzakelijk. Afbouw van de bestaande intramurale capaciteit betekent het gelijktijdig opbouwen van goede en samenhangende extramurale vormen van zorg (RVZ, 1996).

De modernisering van de GGZ gaat gepaard met een groot aantal zorgvernieuwingsprojecten die gericht zijn op het verbeteren van de samenwerking tussen instellingen, indicatiestelling, diagnostiek en behandeling/begeleiding, maatschappelijke integratie en opnamevervangende zorg voor zowel chronische als niet-chronische patiënten (Borgesius en Brunenberg, 1996). De verwachting is dat eind 2000, 35 van de

44 oorspronkelijke APZ'en zijn gefuseerd en dat in de komende jaren minstens 80 MFE's operationeel zullen zijn. In het algemeen kan worden gesteld dat alle psychiatrie waar doorstroming is of waar dat kan worden verwacht, verplaatst wordt naar de MFE's. Waar dit niet het geval is, blijven patiënten op de oorspronkelijke APZ-locatie (Ravelli en Schrijvers, 1999). Voor specifieke doelgroepen wordt in de vorm van zorgprogramma's een samenhangend hulpaanbod omschreven. Op deze manier komt een koppeling tot stand tussen hulpvraag en hulpverleningsactiviteiten (Schene en Verburg, 1999).

Of de modernisering het juiste antwoord is op de huidige zorg behoefte in de GGZ en of de patiënten er daadwerkelijk beter van worden is (vooralsnog) niet duidelijk. De verwachting is dat de zorg voor patiënten er vroeg of laat op vooruit zal gaan door een betere spreiding, toegankelijkheid en continuïteit en dat opnamen voorkomen en bekort kunnen worden. Met een zekere regelmaat kunnen we echter in de media kennismaken van verontrustende situaties in de GGZ: gebrek aan opnamemogelijkheden voor acute interventie, onacceptabele wachtlijsten, onverantwoorde kwaliteit van zorg, toenemende psychische nood en maatschappelijke overlast (Brinkmann en Van Veen, 1999).

In een oriënterend onderzoek naar drie MFE's in Nederland komt de gesloten opnameafdeling er relatief slecht van af. Het organisatieprincipe waarbij mensen bij elkaar worden gebracht die allen onrustig, in de war, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal zijn, werkt contraproductief. Het versterkt de klachten alleen maar, hetgeen ertoe leidt dat de instelling voor een deel bezig is met het bestrijden van de problemen die zij zelf in het leven heeft geroepen (Janssen, 1995). Tevens wordt geconstateerd dat op de gesloten afdeling storend gedrag tot hanteerbare proporties wordt teruggebracht met een maximum aan medicijnen, een minimum aan persoonlijke aandacht en een scala van impliciete en expliciete dwangmaatregelen (Janssen, 1995). Veel klachten die de patiëntenvertrouwenpersonen bereiken, betreffen inderdaad de gang van zaken op de gesloten opnameafdeling. Door veel patiënten en familieleden wordt het verblijf als zeer ingrijpend, of zelfs bedreigend ervaren (Post en Hooyer, 1992). Daarnaast vindt men het stigmatiserend en krenkend en krijgen de patiënten te weinig gelegenheid om hun problemen of klachten duidelijk te maken (Janssen, 1995; Van Haaster en Vink, 1996).

Als we ons realiseren welke impact het verblijf op een gesloten opnameafdeling op mensen kan hebben, is het des te opmerkelijker dat nog

zo weinig onderzoek naar de kwaliteit van de zorg op een gesloten opnameafdeling heeft plaatsgevonden. Het onderzoek betreft vooral specifieke zorgaspecten, bijvoorbeeld de psychiatrische dwangopnemingen (Janssen, 1998), het voorkomen van agressie (Broers en De Lange, 1996) en het gebruik van Middelen en Maatregelen (Koenraadt en Hermans, 1989; GIGV, 1992). Een beschrijvend overzicht van de omvang en bepaalde organisatorische, personele en klinische kenmerken van gesloten opnameafdelingen ontbreekt echter. Evenmin is er een instrument beschikbaar om de kwaliteit van de zorg op gesloten opnameafdelingen te kunnen beoordelen.

DOEL- EN VRAAGSTELLINGEN VAN HET PROEFSCHRIFT

In het voorafgaande is een overzicht gegeven van de vele voorstellen die de afgelopen decennia zijn geformuleerd om het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsbewaking in de (geestelijke) gezondheidszorg vorm te geven. Alle betrokken partijen, hulpverleners, patiënten, overheid en verzekeraars, zijn daarbij actief geweest; nota's zijn geschreven, conferenties zijn gehouden en werkafspraken zijn gemaakt. Zo zijn sinds de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) instellingen verplicht om zelf criteria en normen te formuleren en aan systematische kwaliteitsbewaking te doen. Aan de hand van een kwaliteitsmodel kan worden bepaald welke gebieden een kwaliteitssysteem moet omvatten. Desalniettemin moet worden geconstateerd dat de ontwikkeling van kwaliteitssystemen traag verloopt en dat de inbreng van patiënten (en verzekeraars) nog steeds te wensen overlaat.

Verder is opgemerkt dat wetenschappelijk onderzoek behulpzaam kan zijn bij de ondersteuning van een systematische kwaliteitsbewaking en dat getracht moet worden om voor diverse sectoren in de GGZ meetinstrumenten te ontwikkelen om de kwaliteit van de zorg daadwerkelijk te kunnen beoordelen.

Tot slot zijn we ingegaan op het huidige streven naar modernisering van de GGZ, de frequente kritiek op het organisatieprincipe van de gesloten opnameafdelingen en het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van de zorg op deze specifieke afdelingen. Dit alles was voor ons aanleiding om een instrument te ontwikkelen om de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen te kunnen beoordelen. Langs een aantal stappen met bijgaande vragenstellingen werd aan deze doelstelling gewerkt:

- Duidelijkheid verkrijgen over de omvang, alsmede over bepaalde organisatorische, personele en klinische kenmerken van gesloten psychiatrische opnameafdelingen in Nederland (hoofdstuk 2).
 - Hoeveel gesloten psychiatrische opnameafdelingen zijn er in Nederland en wat is de opnamecapaciteit?
 - Wat zijn de organisatorische, personele en klinische kenmerken van de gesloten psychiatrische opnameafdelingen?
 - Zijn op basis van de organisatorische, personele en klinische kenmerken bepaalde typen gesloten psychiatrische opnameafdelingen te onderscheiden?

- Een overzicht maken van de bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg (hoofdstuk 3).
 - Welke kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten worden in de praktijk toegepast?
 - Welke kwaliteitsaspecten komen in de instrumenten aan de orde?
 - Wat zijn de psychometrische eigenschappen van de toegepaste instrumenten?

- Duidelijkheid verschaffen over de eisen waaraan kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling moet voldoen (hoofdstuk 4).
 - Aan welke eisen moet kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling voldoen vanuit het perspectief van patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, verzekeraars en geneeskundig inspecteurs?
 - Welke kwaliteitsaspecten kunnen op grond van de kwaliteitseisen worden onderscheiden?
 - Welke prioriteiten worden door de verschillende betrokken partijen aan de onderscheiden kwaliteitsaspecten gegeven?

- Een evaluatie van de praktische toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de KWAZOP, een nieuw instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen (hoofdstuk 5).
 - Is de KWAZOP praktisch toepasbaar?
 - Naar welke kwaliteitsdimensies verwijzen de KWAZOP-items?
 - Hoe betrouwbaar en valide zijn de KWAZOP-schalen?

- Een illustratie van het gebruik van de KWAZOP aan de hand van en kwaliteitstoetsing op gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen in Nederland (hoofdstuk 6).
— Kunnen met behulp van KWAZOP-metingen concrete kwaliteitsverbeterende adviezen worden gegeven aan gesloten psychiatrische opnameafdelingen?

Literatuur

- Borgesius E., Brunenberg W. Nieuwe zorg van het psychiatrisch ziekenhuis. Een inventarisatie van zorgvernieuwingsprojecten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996;51:1267-1281.
- Brinkmann J., Veen P. van. Eindtijd van de Nederlandse APZ'en, reactie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;9:928-931.
- Broers E., Lange J. de. *Agressie in de psychiatrie; agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen*. Utrecht, NcGv, 1996.
- Campen C. van, Sixma H., Friel R.D., Kerssens J.J., Peters L. Quality of care and patient satisfaction: a review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review* 1995;1:109-133.
- Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing. *Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen*. Utrecht, CBO, 1976.
- Cliëntenbond. *Denk- en doeplan*. Utrecht, 1982.
- Commissie Keuzen in Zorg (commissie Dunning). *Kiezen en delen*. Den Haag, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie Dekker). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1987.
- Davies H.T.O., Crombie I.K. Assessing the quality of care. Measuring well supported processes may be more enlightening than monitoring outcomes. *British Medical Journal* 1995;311:766.
- Depla M., Donker M., Severens P. *Verscheidenheid in kwaliteit: Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht, NcGv, 1992.
- Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 11. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1982.
- Donabedian A. The Quality of Care. *JAMA* 1988;260:1743-1748.
- Donker M. Satisfactie meer dan boekhouden? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1996;7:303-304.
- Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine, a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Referentiekader Middelen en Maatregelen*. Rijswijk, GIGV, 1987.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Referentiekader Noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Rijswijk, GIGV, 1990.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Proeftoetsing Middelen en Maatregelen*. Rijswijk, GIGV, 1990.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Kwaliteitszorg in de GGZ en GZZ, discussienota*. Rijswijk, GIGV, 1990.

- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid. *Separatie in de praktijk. Een verkenkend onderzoek onder het verplegend personeel in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen*. Rijswijk, GIGV, 1992.
- GGZ-Nederland. *Nieuwsbrief Q-Net nr.3*. Utrecht, GGZ-Nederland, 1999.
- Giebing H. *Kwaliteitstoetsing voor en door verpleegkundigen*. Leiden, Spruyt, Van Mantgem & De Does, 1987.
- Haaster H. van, Vink M. *Crisishulpverlening in Amsterdam anno 1996*. Amsterdam, Amsterdams Patiënten en Consumenten Platform, 1996.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Hezewijk W. van. *Over de herintegratie van klinische en sociale psychiatrie, twee transmuraliseringprojecten*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant. Delft, Eburon, 1999.
- Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Janssen M. *Dwang in Amsterdam; eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*. Utrecht, Trimbosinstituut, 1998.
- Ketelaars D., Depla M., Donker M. *Clëntenperspectief in kaart gebracht. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 1993;2:136-149*.
- Klazinga N.S. *Quality management of medical specialist care in the Netherlands*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam. Overveen, Belvédère, 1996.
- Koenraadt F., Hermans P.J. *De marges van dwangtoepassing in de klinische psychiatrie*. Utrecht, Rijksuniversiteit Utrecht, 1989.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, commissie Hoefnagels. *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuis-voorzieningen*. Utrecht, KNMG, 1989.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Intentieverklaring kwaliteit van zorg Leidschendamconferentie 1989*. Utrecht, KNMG, 1989.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Van uitspraken naar afspraken*. Utrecht, KNMG, 1990.
- Lemmens F., Donker M. *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, NcGv, 1990.
- Lohr K.N. *Outcome measurement: concepts and questions*. *Inquiry* 1988;25:37-50.
- Mackenbach J.P. *Regionale verschillen in de frequentie van enkele veel voorkomende operaties, 1985*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1990;34:953-957.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*. Rijswijk, 1984.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *Nota Kwaliteit van Zorg*. Rijswijk, 1991.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. *De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*. Den Haag: Staatsblad nr. 655, 1993.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond en wel*. Rijswijk, 1995.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: Staatsblad nr. 80, 1996.
- Nabitz U.W., Klazinga N.S. *EFQM approach and the Dutch Quality Award*. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1999;2:65-70.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Discussienota begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening*. Zoetermeer, NRV, 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies functies van de GGZ*. Zoetermeer, NRV, 1989.

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering*. Zoetermeer, NRV, 1990.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Naar een samenhangend kwaliteitsbeleid in de zorgsector*. Zoetermeer, NRV, 1995.
- Nationale Ziekenhuisraad. *Zorg voor kwaliteit; het managen van kwaliteit in algemene psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht, NZr, 1991.
- Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, gebied Medische Wetenschappen. *Onderzoeksprogramma Kwaliteit van Zorg 1992-1996*. Den Haag, NWO, 1992.
- Oudenampsen D. Overheid en patiëntenbeleid. Van schutsengel naar zorgarbiter. *TvA* 1991, 3, 247-256.
- Post I., Hooyer W. *Gids aan de omweg: hoe je gestoord kunt worden van goed bedoelde boodschappen, maar hoe ze ook kunnen leiden tot de ommekeer*. Assen, Dekker & van de Vegt, 1992.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies Kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag, RGO, 1990.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening. *Thuis in de GGZ*. Zoetermeer, RVZ, 1996.
- Ravelli D.P., Schrijvers A.J.P. Eindtijd van de Nederlandse APZ'en. Omvang, aard, aanleiding, doelen en gevolgen van de transmurale integratiegolf in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1993. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;5:490-504.
- Ridder D. de. *Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Rijkschroeff R.A.L. *Ondersteuning van participatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1989.
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1994;29:212-227.
- Schene A.H., Verburg H. Programma's in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;11:1127-1138.
- Stichting GGZ Nederland. *Toetsingskader Kwaliteit GGZ*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1997.
- Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. *Voorlopig Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling gericht op Certificatie in de Zorgsector*. Utrecht, Stichting HKZ, 1996.
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid. *Basisdocument kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1994.
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid. *Discussienota GGZ-kwaliteitsbeleid*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1996.
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid. *Programma Kwaliteitszorg GGZ Nederland*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1997.
- Trochim W.M.K. An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 1989;12:1-16.
- Walburg J.A. *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer, Kluwer, 1997.
- Wensing M.J.P. *Patients evaluate general practice; a method for assessing and improving care*. Proefschrift Universiteit Nijmegen, 1997.
- Zorgonderzoek Nederland, werkgroep GGZ. *Programma: Kwaliteit van zorg in de Geestelijke Gezondheidszorg*. Den Haag, ZON, 1998.

2

2 Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Een onderzoek

INLEIDING

Een psychiatrische opname wordt wel bestempeld als een noodzakelijk kwaad en dat geldt zeker voor een opname op een afdeling waarvan de deur op slot gaat. Door veel patiënten en familieleden wordt het verblijf op zo'n gesloten afdeling als zeer ingrijpend, of zelfs als bedreigend ervaren. Daarnaast vindt men het stigmatiserend en krenkend (Post en Hooyer, 1992). Het is een gebeurtenis die vaak hun leven lang bijblijft. Dit laatste is begrijpelijk als we ons realiseren dat iemand in een ernstig verstoorde psychische toestand wordt geconfronteerd met een restrictief afdelingsklimaat, waarvan de regels vaak niet goed te begrijpen zijn. Tegelijkertijd is er de confrontatie met een groep medepatiënten die evenzeer in de war, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal zijn. De veronderstelde therapeutische mogelijkheden die een dergelijke setting voor mensen met acute en ernstige psychiatrische symptomen of gedragsproblemen heeft, wegen blijkbaar op tegen dit noodzakelijke kwaad. Anderzijds heeft onderzoek aangetoond dat bij het besluit tot opname op een gesloten unit naast patiëntkenmerken vooral ook kenmerken van het sociale netwerk en van de indicerende hulpverlener een belangrijke rol spelen (Jonkers, 1988).

De laatste decennia is met name door cliënten kritiek geleverd op het verschijnsel 'gesloten afdeling' en veel van de klachten die patiëntenvertrouwenspersonen bereiken, betreffen de gang van zaken op dergelijke afdelingen. Inmiddels is de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg wel in beweging; zorg wordt (meer) op maat geboden en zorgvoorzieningen worden beter op elkaar afgestemd. Met de opkomst van zorgprogramma's en multifunctionele eenheden trachten de sociale en klinische psychiatrie na een lang 'living apart' tot elkaar te komen en steeds verder te integreren. Daarmee tracht een op het ziekenhuis georiënteerde GGZ zich te differentiëren en zich meer en meer in de gemeenschap te voegen (Gersons e.a., 1992). Indien een opname niet voorkomen of door alternatieven als dagbehandeling vervangen kan worden, wordt getracht de opnameduur te beperken. Ondanks deze organisatorische en vakinhoudelijke ontwikkelingen wijzen de cijfers, vooralsnog, niet

uit dat de behoefte aan (gesloten) opnamebedden vermindert. Integendeel: het aantal opnamen in de intramurale GGZ is het afgelopen decennium met ongeveer 20 procent gestegen (Jacobs e.a., 1994) en recente voorspellingen geven aan dat dit aantal over de periode 1995-2000 zal blijven stijgen (Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg, 1993). Daarnaast is duidelijk geworden dat het aantal heropnamen toeneemt en dat het aandeel frequent – meer dan eenmaal per jaar – opgenomen patiënten in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen een stijgende tendens laat zien (Jacobs e.a., 1994). Overigens zijn dit trends die in vrijwel alle westerse landen worden waargenomen. Een en ander doet echter wel vermoeden dat steeds ernstiger patiënten voor een steeds kortere periode op de gesloten opnameafdeling verblijven. Dit laatste stelt, evenzeer als dat op intensive care-afdelingen van algemene ziekenhuizen het geval is, hoge, en wellicht steeds hogere, eisen aan hulpverleners op dergelijke afdelingen.

Toch zijn er ook bedenkingen tegen deze decentralisatie van APZ'en. Ten aanzien van de multifunctionele eenheden wordt bijvoorbeeld de angst uitgesproken dat op de gesloten afdeling 'de oude inrichtingspsychiatrie' zich herhaalt (Janssen, 1995). Het bijeenbrengen van een groep mensen met ernstige en acute psychiatrische symptomen zou contraproductief werken. De onrust, verwarring, angst en agressie zouden erdoor worden versterkt. Daarnaast wordt uitgesproken dat met behulp van veel medicijnen, een beperkte hoeveelheid persoonlijke aandacht en een scala aan impliciete en expliciete (dwang)maatregelen de gesloten opnameafdeling erop is gericht storend gedrag tot hanteerbare proporties terug te brengen. Het dilemma dat ontstaat is dat met het verzwaren van de opname-indicatie het leefklimaat op de afdeling (mogelijk) negatief wordt beïnvloed, terwijl bij het opnemen van een meer gemengde patiëntenpopulatie mensen achter een gesloten deur worden geplaatst die dat niet nodig hebben.

Als men zich realiseert welke impact het verblijf op een dergelijke afdeling op mensen kan hebben, is het des te opmerkelijker dat over gesloten opnameafdelingen zo weinig bekend is. Dat bleek ons bij een uitgebreid literatuuronderzoek dat werd verricht als voorbereiding op een studie naar kwaliteitscriteria voor gesloten opnameafdelingen (Nijssen en Schene, 1994). In deze literatuur komen wel specifieke aspecten omtrent deze afdelingen aan de orde, zoals bijvoorbeeld de psychiatrische dwangopnemingen of het gebruik van Middelen en Maatregelen, maar een beschrijvend overzicht van gesloten psychiatrische

opnameafdelingen in Nederland bleek tot op heden niet voorhanden.

In dit artikel presenteren we de resultaten van een landelijk onderzoek dat dit terra incognita in beeld brengt. Het onderzoek is gericht op de omvang en bepaalde organisatorische en klinische aspecten van het 'gesloten opnamecircuit'. De gegevens hebben betrekking op kenmerken van de organisatie, de wijze van aanmelding en doorverwijzing, kenmerken van de patiëntenpopulatie, de personele bezetting, behandelactiviteiten en de ruimtelijke faciliteiten. Tevens wordt besproken in hoeverre tussen de betreffende afdelingen verschillen bestaan ten aanzien van de onderzochte aspecten.

ONDERZOEKOPZET

De hier onderzochte afdeling is omschreven als een niet-gespecialiseerde, psychiatrische afdeling voor acute opnamen, die blijvend gesloten en continu in bedrijf is. De onderzoeksgegevens zijn verzameld door middel van een schriftelijke vragenlijst. Deze lijst werd opgesteld aan de hand van beschikbare literatuur (Schene e.a., 1988; Van den Berg en Hutschemaekers, 1993; Franchimont en Van de Klippe, 1993) en vervolledigd op grond van gesprekken met verpleegkundigen en psychiaters van drie gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Na een kritische beoordeling door twee externe deskundigen en een pilotstudie bij drie medewerkers van verschillende gesloten opnameafdelingen, werd de vragenlijst op punten bijgesteld. De uiteindelijke lijst bevatte dertig vragen, waarvan enkele open waren, maar het merendeel was voorzien van vaste antwoordcategorieën. Bij de helft van de vragen werd geïnformeerd naar jaarcijfers.

Alle voorzieningen voor intramurale geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, psychogeriatrische voorzieningen, forensisch-psychiatrische klinieken en klinische voorzieningen voor verslaafden, werden aangeschreven met de vraag of een gesloten psychiatrische afdeling voor acute opnamen onderdeel uitmaakte van het ziekenhuis; zo ja, of men bereid was aan het onderzoek deel te nemen en als dat het geval was, wie dan als contactpersoon mocht worden benaderd.

Van de 61 ziekenhuizen die in 1993 over een gesloten psychiatrische afdeling voor acute opnamen beschikten, namen er 51 (84 procent) aan het onderzoek deel. Bij 25 van de 61 ziekenhuizen bleek sprake van meerdere van dergelijke afdelingen. Daarmee kwam het totaal aantal

gesloten opnameafdelingen in Nederland op 92, waarvan 64 (70 procent) een vragenlijst retourneerden. Ten aanzien van de overige 28 afdelingen werd in een later stadium alsnog een aantal basale gegevens verkregen. Op basis van deze gegevens – met betrekking tot het type ziekenhuis, het geografisch verzorgingsgebied, de opnamecapaciteit en specifieke (contra-)indicaties – bestonden geen aanwijzingen dat deze afdelingen systematisch afweken van de 64 afdelingen die wel aan het onderzoek deelnamen.

KWANTITEIT

Zoals gesteld blijken in 1993 in Nederland 92 gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen te functioneren. Het gemiddelde aantal bedden per afdeling bedraagt 16 (uitersten: 5 en 34) en de gemiddelde bedbezetting is 96 procent. Met een totaal van 1484 bedden blijken deze gesloten opnameafdelingen 6 procent van de capaciteit van de intramurale GGZ te beslaan. Letten we alleen op het aantal bedden dat wordt gebruikt voor opnamen tot ongeveer een jaar, zo'n 8200 bedden, dan gaat het om 18 procent. Uitgaande van de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt met deze capaciteit aan iedere 10.000 inwoners van 18 jaar en ouder 1,2 gesloten opnamebed geboden.

Deze 1484 bedden blijken niet gelijkmatig over het land verspreid. Tussen de provincies varieert het aantal gesloten opnamebedden van 0,4 tot 2,0 voor het genoemde aantal inwoners. De provincies Groningen (0,4), Flevoland (0,4), Friesland (0,5) en Zeeland (0,6) zijn het minst voorzien, terwijl voor Limburg, Noord-Brabant, Drenthe en Utrecht respectievelijk 1,5, 1,5, 1,6 en 2,0 bedden wordt berekend. Deze ongelijke spreiding, een verschil van een factor 5, leidt ertoe dat regio's met een hoge dichtheid aan gesloten bedden patiënten uit minder voorziene regio's opnemen (Jacobs e.a., 1994).

ORGANISATIE

De gesloten opnameafdeling is onderdeel van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ), een categoriaal psychiatrisch ziekenhuis (CPZ), een algemeen of een academisch ziekenhuis (PAAZ of PAACZ). Alle 44 APZ'en blijken over minstens één gesloten opnameafdeling te beschikken en ruim de helft (55 procent) van deze ziekenhuizen heeft meer dan één gesloten opnameafdeling.

Dit ligt anders voor de 65 PAAZ'en en 8 PAACZ'en. Hiervan blijken er slechts 17 (23 procent) geheel of voor een deel blijvend gesloten te zijn. Deze 12 PAAZ'en en 5 PAACZ'en beschikken in totaal over respectievelijk 177 en 93 gesloten bedden. Door verscheidene PAAZ'en wordt overigens wel aangegeven dat het mogelijk is de afdeling (deels) af te sluiten, maar dat die maatregel in de praktijk zelden wordt gehanteerd. Deze cijfers zijn in overeenstemming met het beleid dat erop is gericht om de plaats van de PAAZ in het acute opnamecircuit een andere te laten zijn dan die van het APZ (Jonkers, 1988).

AANMELDING EN DOORVERWIJZING

De patiëntenpopulatie van de gesloten opnameafdelingen wordt voor twee derde (gemiddeld 67 procent) verwezen vanuit ambulante GGZ-instellingen. De gesloten PAAZ'en wijken daar enigszins vanaf. Naar deze afdelingen wordt 47 procent van de patiënten vanuit het ambulante circuit verwezen, terwijl een aanzienlijk deel (37 procent) van de patiënten zich hier op eigen initiatief of via de huisarts aanmeldt.

Patiënten verblijven gemiddeld 31 dagen (uitersten: 7 en 90) op de gesloten afdeling, waarna 45 procent van de patiënten wordt doorgeplaatst naar een andere psychiatrische afdeling, terwijl 41 procent het zorgtraject binnen de ambulante GGZ vervolgt. Een op de veertien patiënten ontvangt volgens de respondenten na ontslag van de gesloten afdeling geen verdere psychiatrische zorg.

Ongeveer een kwart van de onderzochte afdelingen meldt niet met een wachtlijst te hoeven werken. Zo'n driekwart (72 procent) stelt dit wel eens te moeten doen, maar dan gaat het om een wachttijd van hoogstens enkele dagen. In die gevallen wordt het van belang geacht te streven naar een snelle(re) doorstroming en samenwerking met regionale GGZ-voorzieningen. Met de partners uit de regio worden afspraken gemaakt over het gegarandeerd beschikbaar stellen van crisisbedden voor kortdurende crisisinterventie. Daarnaast blijken er op sommige plaatsen inmiddels afspraken te bestaan met patiënten, dat ze in tijden van crisis zonder tussenkomst van een verwijzer voor korte tijd op 'hun bekende afdeling' kunnen terugvallen.

Opmerkelijk is dat 61 procent van de afdelingen melding maakt van het gebruik van contra-indicaties voor opname. Zo dat het geval is, betreft het vooral patiënten met somatische comorbiditeit of een dubbele diagnose (psychiatrie en verslaving). Ernstige somatische ziekten, met

name als deze vragen om specifieke somatische zorg, en verslavingsproblematiek worden door respectievelijk 34 en 25 procent van de afdelingen als contra-indicaties geformuleerd. Deze contra-indicaties worden, en dat is opmerkelijk, in gelijke mate door gesloten opnameafdelingen van APZ'en als die van algemene en academische ziekenhuizen gehanteerd.

Een opname op een gesloten opnameafdeling vindt in de meeste gevallen op vrijwillige basis plaats. Het percentage patiënten dat met een inbewaringstelling (IBS) op een gesloten afdeling wordt opgenomen bedraagt gemiddeld 18, maar dit percentage loopt tussen de afdelingen sterk uiteen; wij vonden een minimum van 0 en een maximum van 80 procent. Het percentage patiënten met een rechterlijke machtiging (RM) is gemiddeld 6, maar ook hier zijn de verschillen aanzienlijk, uiteenlopend van 0 tot 50 procent. De opnamen met een RM komen voorts nog vrijwel uitsluitend voor rekening van de opnameafdelingen van de APZ'en. Van de overige gesloten afdelingen gaven er drie aan op jaarbasis enkele patiënten (1 procent) met een dergelijke juridische maatregel op te nemen.

PATIËNTENPOPULATIE

In tabel 1 wordt informatie gegeven over de patiëntenpopulatie die op gesloten afdelingen wordt opgenomen. Aangezien deze gegevens niet voor alle onderzochte afdelingen beschikbaar waren, wordt in de tabel per variabele het aantal afdelingen vermeld dat de percentages wel kon verstrekken.

Op een uitzondering na is de patiëntenpopulatie op de gesloten opnameafdelingen sekse-gemengd. Gemiddeld genomen zijn de vrouwen licht in de meerderheid. Twee derde van de opgenomen patiënten is jonger dan 45 jaar en een kwart heeft middelbaar beroepsonderwijs of hoger gevolgd. Een derde van de patiënten is alleenwonend en een op de twintig patiënten heeft geen vaste woon- of verblijfplaats.

Gelet op de diagnose wordt bijna de helft van de patiënten opgenomen in verband met een psychose (waaronder niet inbegrepen een drugs- of alcoholpsychose). Een tweede grote groep, ruim een kwart, betreft patiënten met een stemmingsstoornis (zowel uni- als bipolair). Ondanks de genoemde contra-indicaties blijkt toch een op de veertien patiënten te worden opgenomen met als primaire diagnose een stoornis door gebruik van middelen. In vergelijking met de in deeltijdbehan-

deling genomen patiënten in de APZ'en of de overwegend 'open' populatie op de PAAZ'en (Jacobs e.a., 1994) zijn op de gesloten opnameafdelingen de vrouwen minder sterk in de meerderheid en is het percentage patiënten met een psychotische aandoening op de gesloten afdelingen aanmerkelijk hoger.

Hoe is het gesteld met de psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënten? Van hen heeft volgens de ons verstrekte gegevens 18 procent niet eerder met de GGZ contact gehad. Hun eerste kennismaking met de geestelijke gezondheidszorg is derhalve een opname op de gesloten afdeling. Ruim de helft (57 procent) van de patiënten heeft echter een of meerdere psychiatrische opnamen achter de rug. Het percentage pa-

Tabel 1. Patiëntenpopulatie gesloten psychiatrische opnameafdelingen

Patiëntkenmerk	% pat. (sd)	
<i>Man/vrouw</i> (n = 59):	46,4 (9,1) / 53,6 (9,1)	
<i>Leeftijd</i> (n = 60):		
– jonger dan 20 jaar	5,3	(4,0)
– 20-44 jaar	58,1	(11,9)
– 45-64 jaar	29,1	(8,5)
– 65 jaar en ouder	7,5	(7,8)
<i>Opleidingsniveau</i> (n = 34):		
– LO of minder	26,6	(21,3)
– LVO/LBO/MAVO	47,7	(18,5)
– MBO/HAVO/VWO	18,3	(11,2)
– HBO/universitair	7,4	(6,8)
<i>Woonsituatie</i> (n = 43):		
– alleenwonend	33,8	(11,2)
– wonend met ouders, partner en/of kinderen	44,5	(15,5)
– wonend met anderen	10,0	(8,0)
– geen vaste woon-/verblijfplaats	4,7	(4,8)
– anders	7,0	(11,2)
<i>Diagnosegroep</i> (n = 50):		
– psycho-organische stoornissen	5,8	(5,7)
– stoornis door gebruik van middelen	6,8	(5,5)
– schizofrene, schizofreniforme, schizoïde, schizo-affectieve, korte reactieve en paranoïde psychosen, en psychosen NOS	44,5	(14,7)
– stemmingsstoornissen (uni- en bipolair)	26,8	(12,1)
– eetstoornissen	1,3	(2,8)
– overige diagnoses	14,8	(13,5)

tiënten met een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis is voor de APZ'en aanmerkelijk hoger (64 procent) dan voor de PAAZ'en (35 procent), waaruit opnieuw de verschillende functie van deze instellingen duidelijk wordt.

We waren in het bijzonder geïnteresseerd in wat wordt genoemd de 'draaideurpatiënt' en omschreven deze in de vragenlijst als 'een persoon die in de afgelopen vijf jaar herhaaldelijk, minimaal vijf keer, kortdurend is opgenomen'. Door de respondenten wordt geschat dat 19 procent van de opgenomen mensen voldoet aan deze omschrijving.

MEDEWERKERS

In tabel 2 staan de op de afdelingen werkzame disciplines genoemd. Vermeld wordt het percentage afdelingen waar de discipline onderdeel uitmaakt van het team en het gemiddeld aantal uren per week per bed dat medewerkers van die discipline op de betreffende afdelingen werkzaam zijn.

Op de gesloten opnameafdeling is een multidisciplinair team werkzaam waarin de verpleegkundige discipline sterk is vertegenwoordigd; de gemiddelde verpleegkundige formatie per bed is 0,9 fulltime equivalent (fte). Voor een gemiddelde gesloten opnameafdeling van 16 bedden

Tabel 2. Medewerkers gesloten psychiatrische opnameafdelingen; percentage afdelingen waar discipline werkzaam is + gemiddeld aantal uren per discipline per week per bed (n = 60-64 afdelingen*)

Medewerker	% afd.	gemid. aantal uren/week/bed (sd)
hoofd-/leidinggevend verpleegkundige	100	2,3 (1,4)
uitvoerend verpleegkundige	100	32,1 (10,4)
psychiater	100	1,5 (0,8)
arts-assistent	93	2,7 (1,3)
ergo-/activiteitentherapeut	98	2,3 (1,2)
bewegingstherapeut	89	0,7 (0,6)
administratief medewerker	89	1,7 (1,3)
maatschappelijk werker	89	1,3 (0,7)
psycholoog	80	1,2 (1,1)
sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	18	1,3 (0,6)

* n fluctueert in verband met missing values

zijn verder werkzaam 1,14 fte arts-assistent, 0,96 fte ergo-/activiteitentherapeut, 0,63 fte psychiater, 0,54 fte maatschappelijk werkende, 0,5 fte psycholoog en 0,29 fte bewegingstherapeut. Daar waar sociaal-psychiatrische verpleegkundigen werkzaam zijn, blijkt de discipline maatschappelijk werk nogal eens te ontbreken. Indien de personele bezetting van APZ'en, PAAZ'en en PAACZ'en wordt vergeleken, blijkt de verpleegkundige bezetting in de academische ziekenhuizen en de maatschappelijkwerkbetopping in de APZ'en opmerkelijk hoger dan in de andere ziekenhuizen.

BEHANDELACTIVITEITEN

Vanuit verschillend perspectief wordt door deze disciplines informatie verzameld om te komen tot een op het individu afgestemd behandel- en verpleegplan. Symptoomvermindering op basis van zorgvuldige diagnostiek wordt door 80 procent van de respondenten gezien als de belangrijkste taak-doelstelling van een gesloten opnameafdeling. Op ruim drie kwart van de afdelingen wordt daartoe door de verpleegkundigen gewerkt met individuele verpleegplannen, waarin problemen, doelen en interventies met betrekking tot de patiënt worden beschreven en regelmatig bijgesteld. Door middel van de individuele begeleiding en het afdelingsprogramma wordt een gestructureerd behandelklimaat gecreëerd, waarin verpleegkundigen door de aard van hun werkzaamheden en hun continue aanwezigheid een coördinerende rol vervullen. Het systeem van patiënttoewijzing, waarbij een vaste verpleegkundige gedurende de gehele opname van de patiënt voor het verpleegkundig beleid verantwoordelijk is en als aanspreekpunt dient voor de patiënt en andere teamleden, is hiertoe een hulpmiddel dat op ruim 60 procent van de onderzochte afdelingen wordt gehanteerd.

Naast medicatie en individuele gesprekken zijn vormen van ergo-/activiteitentherapie, bewegings-/psychomotore therapie en milieu-/sociotherapie onderdelen van vrijwel alle behandelprogramma's. Betrokkenheid van partner en/of familie wordt van belang geacht, zij het niet zozeer in de vorm van een therapie, maar wel als een partij die vraagt om voorlichting en informatie. Daarbij werd overigens wel vermeld dat de relatief korte behandelduur en de ernst van het ziektebeeld of het niveau van functioneren complicerende factoren zijn bij het consistent betrekken van belangrijke anderen bij de opname van hun naaste.

Op een deel van de gesloten opnameafdelingen wordt een breder

aanbod van behandelactiviteiten gedaan, bijvoorbeeld in de vorm van muziektherapie (39 procent van de afdelingen). In ziekenhuizen met meer dan een gesloten opnameafdeling vindt ook wel een vorm van specialisatie plaats op basis van een specifieke doelgroep en/of een specifiek zorgaanbod. Groepstherapie vormt dan wel een onderdeel van het behandelprogramma.

RUIMTELIJKE FACILITEITEN

In de literatuur wordt steeds vaker gewezen op het belang van kleinschaligheid, verschillende ruimtes voor verschillende functies, voldoende overzicht en privacy (Manoleas, 1991). Naar de invloed van de ruimtelijke omgeving op het therapeutisch proces blijkt evenwel (nog) weinig onderzoek te zijn gedaan (Gulak, 1991). Hoe is het gesteld met die ruimtelijke kenmerken? De onderzochte gesloten opnameafdelingen met een meer dan gemiddelde opnamecapaciteit (meer dan 16 bedden) blijken vaak in kleinere behandelunits te zijn onderverdeeld. De patiëntenpopulatie wordt in dat geval in kleinere groepen opgesplitst, waarbij elke groep over een eigen verblijfsruimte beschikt.

Wat de slaapr ruimtes betreft wordt door twee afdelingen gemeld dat alle slaapkamers eenpersoonskamers zijn. Daarentegen geeft 6 procent van de afdelingen aan in het geheel niet over eenpersoonskamers te beschikken. De aanwezigheid van vijf- tot zevenpersoonsslaapkamers wordt door zeven afdelingen (11 procent) gerapporteerd. Voorts wordt per 6 à 7 opnamebedden gemiddeld een separeerruimte opgegeven, 25 afdelingen maken daarnaast nog melding van een of meer beveiligde kamers.

Therapieruimtes blijken meestal buiten de gesloten afdeling gelokaliseerd te zijn. Op 45 procent van de geënquêteerde afdelingen is echter wel een ruimte voor activiteitentherapie aanwezig en op 3 procent van de afdelingen is een ruimte voor bewegingstherapie. Bij de vraag naar wenselijke veranderingen wordt door de helft van de afdelingen een verbetering van de ruimtelijke faciliteiten wenselijk geacht.

BESCHOUWING

We hebben in dit artikel vooral een kwantitatief beeld willen schetsen van wat er op gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen gebeurt, voor wie en door wie dat gebeurt, en waartoe men dat alles

doet. In de inleiding verklaarden we dit gebied tot terra incognita, terwijl we tegelijkertijd constateerden dat juist hier voor patiënten en hun naasten vaak diepe en nogal eens naargeestige herinneringen worden opgedaan. We menen dat op basis van het responspercentage en de non-selectieve uitval mag worden aangenomen dat de hier gepresenteerde resultaten voldoende representatief zijn voor het onderzochte veld. Op enkele punten willen we hier nog wat nader ingaan.

Op basis van de onderzoeksgegevens kan een beeld worden geschetst van een gemiddelde gesloten opnameafdeling. Dat is een afdeling met 16 bedden, waar veelal wat jongere patiënten worden opgenomen, meestal in verband met een psychotische of een stemmingsstoornis. Van hen wordt twee derde verwezen vanuit de ambulante GGZ en iets minder dan de helft van de patiënten verlaat de afdeling om de hulpverlening binnen dit deel van de GGZ voort te zetten. Een nagenoeg even groot deel vervolgt de behandeling op een andere afdeling. Een op de vier patiënten wordt opgenomen met een juridische maatregel (IBS of RM) en ruim de helft van de patiënten heeft een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis. De patiënten verblijven gemiddeld een maand op de afdeling en worden zonder uitzondering medicamenteus behandeld.

Een dergelijke prototypering laat echter onverlet dat duidelijk is geworden dat er belangrijke verschillen bestaan, niet alleen op het punt van de – opmerkelijk – ongelijke spreiding van gesloten opnamebedden over het land, maar zeker ook tussen de afdelingen onderling. Deze variatie heeft te maken met de functie van de afdeling en het daaraan gerelateerde opnamebeleid. Op de gesloten units van PAAZ'en worden, zo bleek, patiënten vaker op eigen initiatief of via hun huisarts opgenomen. Zij hebben minder vaak een psychiatrische opname in hun voorgeschiedenis. Gelet op de diagnose verschillen gesloten opgenomen PAAZ- en APZ-patiënten echter niet. Wel vinden op de gesloten opnameafdelingen van de APZ'en meer onvrijwillige opnamen plaats. Deze bevindingen corresponderen met de aanbevelingen in het NRV-advies psychiatrische hulpverlening in het algemeen ziekenhuis (1990). Daar wordt immers gesteld dat het verschil tussen PAAZ en APZ niet door de diagnose moet worden bepaald, maar dat de PAAZ wel de voorziening is voor eerste psychiatrische opnamen. Anderzijds stroken de gehanteerde somatische contra-indicaties niet met dit advies. Juist de PAAZ zou patiënten met somatische comorbiditeit moeten opnemen. De door ons gevonden cijfers ondersteunen dit niet. Gesloten PAAZ'en en geslo-

ten APZ'en blijken in gelijke mate somatische ziekten als contra-indicatie voor een gesloten opname te hanteren.

Dat de PAAZ'en in het algemeen een duidelijk andere rol spelen in het geheel van de GGZ blijkt veel meer uit het feit dat iets minder dan een op de vijf PAAZ'en beschikt over een gesloten opnameafdeling, terwijl meer dan de helft van de APZ'en zelfs meerdere gesloten opnameafdelingen heeft. Daarbij is het niet onaannemelijk dat op bepaalde plaatsen in het land, namelijk daar waar de APZ-functie onvoldoende aanwezig is, de PAAZ'en met een gesloten afdeling deze APZ-taak op zich hebben genomen.

Wat betreft de behandeling constateerden we voorts een grote spreiding in de gemiddelde opnameduur van de gesloten opnameafdelingen en wordt door de respondenten heel verschillend geoordeeld over de mate waarin groepstherapie mogelijk is en wordt toegepast. Daarnaast valt op dat de grootte van de afdelingen aanzienlijk verschilt en dat de inzet van personeel, uitgedrukt in uren per patiënt per week, een grote spreiding vertoont. Deze verschillen interpreterend lijkt sprake van een continuüm met aan de ene kant de vooral op symptoomreductie gerichte gesloten afdeling waar de opnameduur kort is, weinig behandelactiviteiten plaatsvinden en patiënten snel worden doorgeplaatst naar vervolgafdelingen, en aan de andere kant gesloten afdelingen met een langere behandelduur waar het klimaat meer op behandeling of therapie is gericht.

Ondanks het feit dat we een opmerkelijke variatie aantreffen tussen de afdelingen bleek het op basis van de gegevens niet mogelijk om (met behulp van multivariate analysetechnieken) te komen tot een nadere typering van gesloten opnameafdelingen. Dat wil zeggen dat in de gevonden verschillen geen specifieke patronen te herkennen waren.

De gepresenteerde getallen geven aan dat de gesloten opnameafdeling in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (vooralsnog?) een belangrijke taak vervult. Op basis van het totaal aantal bedden (1484), de gemiddelde opnameduur (31 dagen) en de bedbezetting (gemiddeld 96 procent), kan worden geconcludeerd dat per jaar ongeveer 17.500 opnamen op dergelijke afdelingen plaatsvinden. Van de 50.000 psychiatrische opnamen in APZ'en, PAAZ'en en PAACZ'en per jaar (Jacobs e.a., 1994), vindt derhalve 35 procent plaats op deze gesloten afdelingen. Dat betekent ook dat op 6 procent van de totale intramurale capaciteit een derde van alle opnamen plaatsvindt. Dat impliceert dat Nederland wel streeft naar substitutie van klinische 24-uursopname, maar een belang-

rijk deel van haar clientèle nog steeds in eerste instantie een 'gesloten bed' aanbiedt.

In onze ogen is de rol van de gesloten afdeling pregnant groot en een vergelijking met andere landen wijst uit dat dit inderdaad het geval is. Ons lijkt sprake van een voor Nederland typerende traditie om patiënten met een opname-indicatie vooral gesloten op te nemen en we hebben daartoe, zo blijkt, in Nederland ook de capaciteit gecreëerd, dan wel instandgehouden. Gezien het feit dat uit dit onderzoek duidelijk wordt dat er geen grote spanning staat op de beschikbaarheid van gesloten bedden (geen 100 procent bezetting en soms wachtlijsten van hooguit enkele dagen), dat de opnameduur gemiddeld ruim vier weken is, er op veel afdelingen bepaald sprake lijkt te zijn van een niet zozeer op acute, maar meer op behandelpsychiatrie gericht klimaat, en dat ten slotte 50 procent van de patiënten kan worden ontslagen, zou een verschuiving van gesloten naar open bedden zeker zijn te overwegen.

Ten slotte, welke knelpunten komen uit dit onderzoek naar voren? Door een aantal afdelingen wordt aangegeven dat de gemiddelde opnameduur in sterke mate scheef wordt getrokken door een aantal langverblijvende patiënten die niet kunnen worden doorgeplaatst. Mede daardoor is men soms genoodzaakt met een wachtlijst te werken. Voor het oplossen van deze verkeerdebedproblematiek wordt een betere doorstroming van patiënten wenselijk geacht. Een betere samenwerking met regionale GGZ-voorzieningen kan daaraan bijdragen.

In een dergelijk overleg zullen dan zeker ook de in dit onderzoek getraceerde probleemgroepen worden besproken. We vonden dat volgens de respondenten 7 procent van de patiënten geen nazorg krijgt, dat 5 procent tot de dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek behoort, en dat 20 procent tot de groep draaideurpatiënten moet worden gerekend. Daarnaast blijkt bijna twee derde van de afdelingen te werken met contra-indicaties voor opname, waarbij naast somatische ziekten met name de verslaving wordt genoemd. Het betreft groepen patiënten waarvan inmiddels bekend is dat ze door hun 'double trouble' nogal eens tussen de wal en het schip geraten (Noorlander, 1992).

Bevindingen als een ongelijke spreiding van bedden over het land, die aanleiding geeft tot het opnemen van mensen uit andere gezondheidsregio's, het gebruik van wachtlijsten en het ontbreken van nazorg, doen vragen rijzen ten aanzien van de continuïteit van de zorg. Een overplaatsing naar een andere (open) ziekenhuisafdeling of het ambu-

lante circuit betekent bovendien nog in het merendeel van de gevallen een andere begeleider of behandelaar. Bij het streven naar een korte(re) opnameduur is juist voor patiënten met chronische problematiek, die, zo blijkt uit ons onderzoek, een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie van de gesloten opnameafdeling vormen, continuïteit van zorg zo relevant. De opkomst van MFE's, zorgprogramma's en case-management moet daarin weliswaar verandering brengen, maar laat nog te wensen over (Janssen, 1995).

Indien opname op de gesloten afdeling noodzakelijk wordt geacht, dient het vizier vanaf het begin op vervolgbehandeling te worden gericht. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt moet worden ondersteund, hospitalisatie voorkomen en activiteiten zullen, zodra mogelijk, buiten de gesloten afdeling moeten worden ondernomen. Door patiënten met goede afspraken programmaonderdelen op een open afdeling te laten volgen, kan het vaak als benauwend ervaren leefklimaat enigszins worden doorbroken. In de vorm van een vaste hulpverlener en een vast aanspreekpunt voor patiënt, familie en andere betrokken hulpverleners kan de continuïteit van zorg worden bevorderd. Door 60 procent van de afdelingen wordt nu reeds gewerkt met toewijzing van een vaste verpleegkundige per patiënt.

Als laatste noemt de helft van de afdelingen een verbetering van de ruimtelijke faciliteiten als wenselijke verandering. Een kwaliteitsbeoordeling van aspecten als het leefklimaat, de bejegening van patiënten en de omgang met dwangmiddelen kan op basis van het onderzoek niet worden gegeven. In ons vervolgonderzoek, dat de ontwikkeling van een kwaliteitsbewakend systeem voor gesloten opnameafdelingen tot doel heeft, wordt daarop nader ingegaan.

Literatuur

- Berg N. van den, Hutschemaekers G. *Vragenlijst 11: PAAZ & psychiatrische deeltijdbehandling*. Utrecht, NcGv, 1993.
- Franchimont M., Klippe H. van de. *Vragenlijst Interne Rechtspositie van onvrijwillig opgenomen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen*. Utrecht, NcGv, 1993.
- Gersons B.P.R., Graaf W. van de, Rijkschroeff R., Schrameyer Ph. The mental health care transformation process: the Amsterdam experience. *The International Journal of Social Psychiatry* 1992;38:50-58.
- Gulak M.B. Architectural Guidelines for State Psychiatric Hospitals. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42:705-707.
- Jacobs C., Wilken J.P.L., Have M.L. ten, Bijl R.V., Spaan J.M., Bartels L.P. *Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1994; de GGZ in getallen*. Utrecht, NcGv/NZi, 1994.

- Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Jonkers J.F.J. *De Rijdende Psychiater. Een exploratief onderzoek naar de ambulante acute psychiatrie in Amsterdam*. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam, 1988.
- Manoleas M.S.W. *Designing Mental Health Facilities: An Interactive Process*. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42:305-308.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Advies psychiatrische hulpverlening in het algemeen ziekenhuis*. Zoetermeer, NRV, 1990.
- Noorlander E.A. *Specialised crisisintervention units for drug and alcohol addicts: Are they necessary?* In: Luyn J.B. van et al. *Emergency Psychiatry Today*. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 1992.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H. *Kwaliteit van zorg op een gesloten psychiatrische afdeling voor acute opnamen*. In: Casparie A.F. et al. *Kwaliteit van zorg onderzoek*. Den Haag, NWO, 1994.
- Post I., Hooyer W. *Gids aan de omweg: hoe je gestoord kunt worden van goed bedoelde boodschappen, maar hoe ze ook kunnen leiden tot de ommekeer*. Assen, Dekker & van de Vegt, 1992.
- Schene A.H., Lieshout P.A.H. van, Mastboom J.C.M. *Deeltijdbehandeling in beeld gebracht: Deel 1 - De stand van zaken in Nederland in 1986*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1988;30:152-165.
- Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg. Signaleringsrapport 1993. Verkenningen tot 2000*, Rijswijk, STG, 1993.

3

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van twaalf Nederlandstalige instrumenten die in de afgelopen tien jaar ontwikkeld zijn in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor de beoordeling door patiënten van de kwaliteit van het zorgproces. Criteria om in het overzicht opgenomen te worden zijn: dat het instrument in de praktijk is toegepast en dat het (deels) psychometrisch is getoetst. Per instrument wordt besproken door wie het is ontwikkeld, op welke wijze en voor welke doelgroep of sector. De zorgaspecten waarop de instrumenten betrekking hebben, zijn geïnventariseerd en vergeleken. De psychometrische informatie wordt, voorzover bekend, beschreven.

De instrumenten zijn ontwikkeld voor een specifieke doelgroep of sector in de GGZ. Van de meeste instrumenten blijkt relevante psychometrische informatie te ontbreken. Van implementatie in de praktijk is nog weinig sprake. Geconcludeerd wordt dat er behoefte is aan een standaardvragenlijst die verantwoord meet en die in alle sectoren van de GGZ voor verschillende voorzieningen/doelgroepen bruikbaar is. Hulpverleners kunnen dan aan de hand van het patiëntoordeel de kwaliteit van het zorgaanbod vergelijken en waar mogelijk verbeteren.

3 Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht

INLEIDING

De kwaliteit van de in Nederland geboden zorg krijgt de laatste jaren veel aandacht. Voor een systematische bewaking legt de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) de verantwoordelijkheid primair bij de aanbieders. Deze trachten hun aanbod steeds vaker te beschrijven in richtlijnen, behandelmodules en programma's, waarbij professionele ervaring wordt gecombineerd met wetenschappelijke onderzoeksresultaten (Kaasenbrood, 1995). Niet alleen wordt gestreefd naar een verbetering van de vakinhoudelijke kwaliteit, maar ook naar organisatorische vereenvoudiging, zoals het samenbrengen van bestaande voorzieningen in multifunctionele regionale zorgcentra (Janssen, 1995).

De genoemde wet benadrukt dat 'het zorgaanbod patiëntgericht moet worden verleend en afgestemd moet zijn op de reële behoefte van de patiënt'. Op de eerste plaats zijn het dan ook de gebruikers die de kwaliteit dienen te evalueren. Hiervoor bestaan verschillende methoden (Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid, 1994). Binnen de GGZ heeft het tevredenheidsonderzoek met een gestructureerde vragenlijst brede ingang gevonden (Lemmens en Donker, 1990; Harteloh e.a., 1992). De vragenlijsten zijn gericht op een bepaald onderdeel van de GGZ, omdat naast algemene kwaliteitsaspecten specifieke aspecten van de sector en/of voorziening van belang zijn voor de kwaliteit. Patiënten stellen daarbij andere prioriteiten dan hulpverleners (Nijssen e.a., 1997).

De kwaliteitsaspecten die met de instrumenten gemeten worden, kunnen volgens het zorgmodel van Donabedian (1982) worden ingedeeld naar structuur, proces en uitkomst. Structuuraspecten scheppen de voorwaarden waarbinnen de zorgverlening plaatsvindt; procesaspecten hebben betrekking op de medische en verpleegkundige interventies; uitkomstaspecten betreffen het resultaat van de zorgverlening.

In 1994 inventariseerden Van Hoof e.a., in opdracht van de Nederlands Wetenschappelijk Onderzoek (NWO)-programmacommissie Kwaliteit van Zorg Onderzoek, Nederlandstalige meetinstrumenten voor de GGZ die geschikt zijn voor het meten van uitkomsten van individuele zorg. In het kader van kwaliteitsbewaking en -bevordering is

echter eveneens behoefte aan een overzicht van instrumenten gericht op proceskenmerken. Patiënten blijken hun oordeel over kwaliteit vooral te baseren op ervaringen die zij hebben opgedaan in het zorgproces (Harteloh en Casparie, 1994). Daarnaast biedt een evaluatie van het zorgproces meer concrete aanknopingspunten voor een kwaliteitsverbetering.

In het kader van een onderzoek naar de kwaliteit van zorg op gesloten opnameafdelingen hebben wij Nederlandstalige instrumenten geïnventariseerd waarmee patiënten rechtstreeks en systematisch de kwaliteitsaspecten van het zorgproces kunnen beoordelen.

METHODE

In het literatuurbestand 'Kwaliteit van Zorg' (Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL)/Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid (NcGv)/NWO, 1996) werd aan de hand van de volgende trefwoorden gezocht: kwaliteit(saspecten) van de zorg, kwaliteitsbewaking, kwaliteitscriteria, kwaliteitssystemen en kwaliteitszorg, meetinstrumenten, patiëntenfeedback en patiëntensatisfactie in relatie tot psychiatrie en psychiatrische patiënten. Daarnaast werden de jaarindexen van Nederlandse tijdschriften voor de GGZ gescreend (1980-1998). Interne rapporten werden opgevraagd van een aantal ons bekende meetinstrumenten waarover (nog) niet was gepubliceerd.

Geïncludeerd werden instrumenten die informatie gaven over de kwaliteit van meerdere aspecten van het zorgproces. Niet in aanmerking kwamen: (a) instrumenten die (meer) gericht waren op organisatie, zorgbeleid of uitkomsten van zorg; en (b) instrumenten die zich beperkten tot specifieke aspecten zoals toetsing van dwangmaatregelen of van zorgplannen.

Per instrument werd nagegaan wie het ontwikkeld had, op welke wijze en voor welke doelgroep of sector. Daarna werden de zorgaspecten geïnventariseerd. Wanneer deze niet benoemd werden, beoordeelden wij op welke kwaliteitsaspecten de items van toepassing waren. Vervolgens werd onderzocht of het instrument psychometrisch was getoetst op betrouwbaarheid¹ in termen van Cronbachs alfa of test-hertestbetrouwbaarheid, en op begripsvaliditeit² (met een factoranalyse of vergelijkbare techniek) of convergente validiteit. Tot slot werd nagegaan of het instrument daadwerkelijk in de praktijk werd of wordt gebruikt. In-

strumenten waarop geen psychometrische analyses waren uitgevoerd of die niet in de praktijk bleken te zijn toegepast, werden alsnog geëxcludeerd.

RESULTATEN

Twaalf instrumenten voldeden aan de door ons gestelde criteria (tabel 1). Ze zijn ingedeeld per sector: (a) ambulante GGZ; (b) psychiatrische zorg in academische of (algemene) psychiatrische ziekenhuizen, verder onderverdeeld naar behandelintensiteit in deeltijdbehandeling, opname- en behandelafdelingen en langdurige verblijfsafdelingen; (c) beschermd wonen; en (d) verslavingszorg. Elk instrument wordt besproken met vermelding van instrumenten die een voorloper zijn van het betreffende instrument dan wel ervan afgeleid of er sterk aan verwant. De voornaamste kenmerken van de instrumenten en de psychometrische informatie zijn samengevat in tabel 2.

Ambulante geestelijke gezondheidszorg

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) (1)

Begin jaren tachtig werd door de provinciale Sociaal Psychiatrische Dienst in Zuid-Holland een Nederlandse vertaling gemaakt van de CSQ, die als enquête werd voorgelegd aan 390 RIAGG-cliënten (De Brey en Peereboom, 1986). Psychometrische analyses toonden een een-factoroplossing met een interne consistentie van 0,93. De CSQ is ook voor andere behandelvormen bewerkt, zoals een polikliniek psychiatrie

1 Bij betrouwbaarheid gaat het om de vraag of er nauwkeurig wordt gemeten. Wanneer het instrument nogmaals bij dezelfde persoon (die ten aanzien van het te meten concept niet is veranderd) wordt afgenomen, moet dat dezelfde uitkomst opleveren. De twee meest gebruikte maten zijn (a) Cronbachs alfa, waarvoor een ondergrens van 0,70 wordt gehanteerd (Streiner en Norm, 1995), en (b) test-hertestbetrouwbaarheid: kappa is een uitdrukking van de (voor kans gecorrigeerde) scoringsovereenkomst. Een kappa van 0,41-0,60 is redelijk, 0,61-0,80 is voldoende tot goed en een kappa groter dan 0,80 is bijna perfect (Landis en Koch, 1977). Als alternatief voor de kappacoëfficiënt wordt (op schaalniveau) ook wel de intraclass-correlatiecoëfficiënt gebruikt, welke op dezelfde wijze kan worden geïnterpreteerd (Deyo e.a., 1991).

2 Bij validiteit gaat het om de vraag of men datgene meet wat men wil meten. Met een factoranalyse wordt nagegaan of de itemscores beschreven kunnen worden door een beperkt aantal factoren. Convergente validiteit wordt onderzocht door de samenhang te bepalen tussen twee methoden die hetzelfde concept meten.

(Swinkels, 1994) en intramurale zorg (Tuin e.a., 1993). Door de algemene formulering van de vragen was het moeilijk op grond daarvan gerichte acties ter verbetering van de kwaliteit te ondernemen.

Tabel 1. Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg

Instrument	Methode van ontwikkeling
<i>Ambulante geestelijke gezondheidszorg</i>	
1 Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) voor RIAGG-cliënten (De Brey en Peereboom, 1986)	Nederlandse vertaling Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson en Zwick, 1982)
2 Standaard Enquête Cliëntenonderzoek (SEC) voor RIAGG's (Kooi en Donker, 1991)	concept-mapping, (groeps)interviews met cliënten, consultatie RIAGG-medewerkers
<i>Academische en (algemene) psychiatrische ziekenhuizen</i>	
3 Oordeel Ontvangen (psychiatrische dag- en open 24-uurs)behandeling (OOB) (Van Wijngaarden en Schene, 1995)	op basis van bestaande meetinstrumenten, in samenspraak met staf en patiënten van dag- en 24-uursbehandeling
4 Beoordelingslijst (opnamevervangende dag)behandeling Valeriuskliniek (Schouten en Perquin, 1991)	gebaseerd op basisfilosofie Opnamevervangend Dagbehandelingsproject en onderzoek acute psychiatrie (Depla e.a., 1992)
5 Vogelenzangse Evaluatieschaal (VES) voor patiënten na klinische opname (Hermans en De Bruyn, 1992)	gebaseerd op Ward Evaluation Scale (Graham e.a., 1971) en Ward Climate Inventory (Spiegel e.a., 1972)
6 KWAliteit van Zorg op de gesloten psychiatrische OPnameafdeling (KWAZOP) (Nijssen e.a., 1997)	concept-mapping met patiënten, familie en hulpverleners (van gesloten opnameafdelingen), verzekeraars en inspecteurs, inhoudsanalyse kwaliteitsmeetinstrumenten
7 Kwaliteitsbeoordeling Langdurig Opgenomen Patiënten (KLOP) (Donker en Timmer, 1994)	inhoudsanalyse patiëntraadplegingsinstrumenten, concept-mapping met patiënten en hulpverleners van afdelingen voor langdurig verblijf
8 Kwaliteitsbeoordeling patiënten met schizofrenie (De Hert e.a., 1998)	concept-mapping met patiënten en staf van een opname-, behandel- en verblijfsafdeling
9 Verpleegkwaliteit in de Verblijfspsychiatrie (Jongerden e.a., 1994)	gebaseerd op takenpakket uit functieprofiel voor B-verpleegkundigen en eindtermen B-opleiding, delphi-ronden met deskundigen t.a.v. de verblijfspsychiatrie

Beschermd wonen

- | | |
|---|--|
| 10 Bewoners-Onderzoek-Beschermd-wonen-lijst (BOB) (Van der Hijden e.a., 1998) | onderzoek bewonersraad van Beschermende Woonvorm, concept-mapping |
| 11 De Zorg Evaluatie Score (ZES) voor institutionele woonvoorzieningen (Wennink en Van Wijngaarden, 1987) | ontwikkeld door onderzoekers beschutwonenproject, proefvoetsingen bij kinderen en bewoners |

Verslavingszorg

- | | |
|---|--|
| 12 Cliëntensatisfactie Verslavingszorg (Jongelius e.a., 1994) | gebaseerd op RIAGG-vragenlijst (nr. 2), vragenlijsten uit de verslavingszorg en interviews met (ex-)cliënten |
|---|--|
-

Standaard Enquête Cliëntenonderzoek (SEC) (2)

Het initiatief voor een standaardinstrument voor RIAGG's werd in 1989 genomen door de toenmalige Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Kooi en Donker, 1991). De inhoud van de vragenlijst kwam tot stand met behulp van concept-mapping, een gefaseerde methode voor het vaststellen en clusteren van kwaliteitscriteria (Trochim, 1989; De Ridder, 1991). De clusters vormen de kwaliteitsaspecten die, in dit geval, door de RIAGG-cliënten als relevant worden ervaren.

Het oordeel van ruim 2000 ex-cliënten van tien RIAGG's werd geanalyseerd in een landelijk cliëntenonderzoek (1990). In het kader van validiteitsbepaling werd nagegaan of in de antwoordpatronen bepaalde kwaliteitsaspecten konden worden gevonden en, zo ja, of deze overeenkwamen met de in het vooronderzoek gevonden aspecten. Dit bleek voor een groot deel het geval. Voor de zeven subschalen varieerde de Cronbachs alfa van 0,77-0,94. De RIAGG's konden op grond van de resultaten concrete verbeteringen uitvoeren. Na het landelijk onderzoek is het instrument in een tiental RIAGG's gebruikt. Inmiddels is het instrument naar aanleiding van ontwikkelingen in de GGZ en ervaringen bij gebruik inhoudelijk geactualiseerd en zijn antwoordcategorieën gedichotomiseerd. Dit jaar wordt de nieuwe versie uitgebracht.

Tabel 2. Kenmerken en psychometrische informatie van kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten in de GGZ

	Afname <i>vorm en tijdstip</i>	Informatie- bron	Items <i>soort (aantal)</i>	Antwoordcategorie <i>(aantal)</i>	Psychometrische informatie ¹			
					<i>betrouwbaarheid</i>		<i>validiteit</i>	
				IC	TH	BV	CV	
1	schriftelijk na ontslag	cliënten	vragen (8)	gesloten (4) wisselend van aard	ja		ja	
2	schriftelijk (modulair) na ontslag	cliënten	vragen en stellingen (±70)	vnl. gesloten (5) eens/oneens altijd/nooit	ja		ja	ja
3	schriftelijk (modulair) na ontslag	patiënten	stellingen (45)	gesloten (6) eens/oneens	ja			ja
4	schriftelijk voor of na ontslag	patiënten	vnl. stellingen (66)	gesloten (6) eens/oneens		ja		
5	mondeling (modulair) en schriftelijk voor of na ontslag	patiënten	vragen en stellingen (44)	vnl. gesloten (2, 4 of 5) ja/nee, goed/slecht eens/oneens			ja	
6	mondeling (modulair) en schriftelijk voor/rond ontslag	patiënt verpleeg- kundige behandelend arts	vragen (84)	gesloten (3 of 5) voldoende/onvold. altijd/nooit volledig/onvolledig	ja	ja	ja	ja
7	schriftelijk (modulair) tijdens behandeling	patiënten	vragen (101)	gesloten (4 of 5) voldoende/onvold.	ja			
8	schriftelijk (modulair) voor ontslag	patiënten	vragen (87)	gesloten (2, 3 of 5) altijd/nooit, ja/nee	ja	ja	ja ²	
9	schriftelijk (modulair), mondeling en observatie tijdens behandeling	verpleeg- kundigen patiënten dossier	vragen (153)	gesloten (wisselend) voorgestructureerd, wisselend van aard		ja ³		ja

Afname vorm en tijdstip	Informatie- bron	Items soort (aantal)	Antwoordcategorie (aantal)	Psychometrische informatie ¹			
				betrouwbaarheid IC	TH	validiteit BV	CV
10 schriftelijk (modulair) tijdens behandeling	bewoners	vragen en stellingen (117)	vnl. gesloten (2 of 5) ja/nee, eens/oneens	ja			
11 mondeling tijdens behandeling	bewoners	beeldver haal met vragen (18)	gesloten (3 of 5) pos./neg.				ja
12 schriftelijk (modulair) na ontslag	cliënten	vnl. stellingen (±65)	gesloten (5) eens/oneens	ja		ja	

1 IC: Interne Consistentie, TH: Test-Hertestbetrouwbaarheid, BV: Begripsvaliditeit, CV: Convergente validiteit.

2 Meerdimensionele schaalanalyse (Princals).

3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

Academische en (algemene) psychiatrische ziekenhuizen

Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB) (3)

In het kader van een vergelijkend onderzoek tussen dagbehandeling en 24-uursbehandeling op de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (1987-1990) is de OOB ontwikkeld (Van Wijngaarden en Schene, 1995). De vragenlijst werd zes weken na ontslag door 112 patiënten ingevuld. De interne consistentie van de zes subschalen varieerde van 0,62-0,89. Tevredenheid met het behandelresultaat hing significant samen met het gemeten behandel-effect, terwijl geen verband werd gevonden tussen de tevredenheid en een aantal patiëntkenmerken. Deze bevindingen werden door de onderzoekers als indicatie gezien voor de validiteit.

Een aangepaste versie van de OOB is gebruikt bij een vergelijkend onderzoek van een multifunctionele eenheid in Amsterdam en reguliere 24-uurszorg. De interne consistentie van de subschalen varieerde van 0,64-0,78 (Dekker, 1996). Ook voor het Multi-Functioneel Centrum Zevenkamp in Rotterdam is de OOB aangepast (Drunen, 1998). Vragen zijn toegevoegd met het oog op de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (Cronbachs alfa 0,83-0,92).

Beoordelingslijst (opnamevervangende dag)behandeling Valeriuskliniek (4)

Deze vragenlijst werd ontwikkeld voor de evaluatie van opnamevervangende dagbehandeling op de opnameafdeling van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam (Schouten en Perquin, 1991). De lijst is toegepast in een onderzoek naar de bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens psychiatrische dagbehandeling (Koning en Perquin, 1993). Daarbij bleek driekwart van de patiënten in staat een gefundeerd oordeel te geven over de kwaliteit van de behandeling. Om de standvastigheid van het oordeel na te gaan is de correlatie bepaald tussen een meting voor en na ontslag, welke redelijk hoog was ($r = 0,76$). Verder zijn geen psychometrische analyses gedaan.

Vogelenzangse Evaluatieschaal (VES) (5)

De Geestgronden (voorheen Psychiatrisch Centrum Vogelenzang) heeft in 1988 instrumenten ontwikkeld voor het verzamelen van patiëntenfeedback na een (acute) klinische opname (Hermans en De Bruyn, 1992): een semi-gestructureerd interview én de VES. Deze laatste is gebaseerd op twee Amerikaanse evaluatieschalen met goede psychometrische en praktische kwaliteiten: de Ward Evaluation Scale (Graham e.a., 1971) en de Ward Climate Inventory (Spiegel en Younger, 1972). Uit beide schalen zijn de relevante items geselecteerd, vertaald en met behulp van een factoranalyse gegroepeerd in negen subschalen. Betrouwbaarheidsanalyses zijn ons niet bekend. De instrumenten werden bij 164 patiënten afgenomen, eerst in een pilotonderzoek en twee jaar daarna in een vervolgonderzoek binnen de sector Algemene Psychiatrie (opnameafdelingen en voortgezette behandeling). Het kwaliteitsoordeel aan de hand van de interviews kwam overeen met de VES-resultaten. De uitkomsten hebben geleid tot bijstellingen in de werkwijze van de sector.

Kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling (KWAZOP) (6)

Voor de beoordeling van de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen hebben wij in 1997 een instrument ontwikkeld (Nijssen e.a., 1997). Het instrument bestaat uit een vragenlijst voor de patiënt, voor de begeleidend verpleegkundige en voor de behandelend arts. Uit een pilotonderzoek bleek dat 85 procent van de patiënten ($n = 20$) op de gesloten opnameafdeling van het AMC met be-

hulp van de vragenlijst een kwaliteitsoordeel kon geven. Vervolgens is het instrument toegepast op vijf afdelingen ($n = 109$). Met behulp van een factoranalyse werden de items gegroepeerd. De interne consistentie van de zes schalen in de patiëntlijst varieerde van 0,67-0,85 en van de vier schalen in de lijst voor de arts/verpleegkundige van 0,71-0,86. Bij bepaling van de test-hertestbetrouwbaarheid van de patiëntlijst waren de kappawaarden van op een na alle items redelijk tot goed ($0,46 \leq k \leq 1$). Met uitzondering van één schaal waren de intraclass-correlaties goed ($r \geq 0,80$). Aan de patiënten werd tevens gevraagd de kwaliteit van de verschillende zorgaspecten van de afdeling uit te drukken in rapportcijfers. De gevonden samenhang tussen de rapportcijfers en de schaalscores werd opgevat als indicatie voor convergente validiteit. Sinds eind 1998 wordt het instrument op 26 gesloten opnameafdelingen gebruikt.

Kwaliteitsbeoordeling Langdurig Opgenomen Patiënten (KLOP) (7)

In opdracht van de toenmalige Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg is in 1993 het KLOP-instrument ontwikkeld (Donker en Timmer, 1994). In het voortraject werd aan patiënten gevraagd aan te geven welk belang zij hechtten aan de items van bestaande raadplegingsinstrumenten (dertien Engelse en drie Nederlandse) en vervolgens om deze items te ordenen naar inhoud (Hull en Timmer, 1994). Op grond van de resultaten is een modulair instrument geconstrueerd voor langdurig opgenomen patiënten in een algemeen psychiatisch ziekenhuis (APZ).

Bij 388 patiënten afkomstig van zeven ziekenhuizen is een proefafname gedaan. Betrouwbaarheidsanalyses toonden dat een aantal items laag correleerde met de totaalscore van de eigen schaal én met de bijbehorende algemene-tevredenheidsvraag. Naar aanleiding daarvan werden aanpassingen gedaan. Het instrument wordt thans in een aantal psychiatische ziekenhuizen gebruikt.

Kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor patiënten met schizofrenie (8)

De Hert e.a. (1995) ontwikkelden vanuit het Universitair Centrum Sint-Jozef (België) dit modulair instrument analoog aan het KLOP-instrument. De naamgeving van de modules is grotendeels overeenkomstig, maar de vragen zijn geformuleerd voor patiënten met schizofrenie op een opname-, behandel- of verblijfsafdeling.

De vragenlijst werd eerst in een pilotonderzoek bij 48 patiënten afgenomen en twee jaar daarna bij 167 patiënten van uiteenlopende afdelingen. De Cronbachs alfa van de twaalf modules varieerde van 0,75-0,92,

de test-hertestcorrelatie van vier modules bij tien patiënten varieerde van matig tot goed ($r = 0,53-0,88$) (Christiaens, 1995). In plaats van een factoranalyse werd gekozen voor een multidimensionele schaalanalyse (Princals) op grond waarvan, onder andere, overlappende vragen werden verwijderd en antwoordcategorieën werden aangepast (De Rijcke, 1998). Thans wordt het instrument in een ander Vlaams ziekenhuis verder gevalideerd.

Verpleegkwaliteit in de Verblijfspsychiatrie (9)

Vanuit de Hogeschool Nijmegen en de vakgroep Verplegingswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg is in 1992 een meetinstrument ontwikkeld dat gebaseerd is op een takenpakket voor verpleegkundigen in de verblijfspsychiatrie (Jongerden e.a., 1994). Het instrument maakt gebruik van verschillende meetmethoden die elkaar aanvullen en valideren. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bij dubbelmetingen op verschillende afdelingen toonde een gemiddelde kappawaarde van 0,83. De convergente validiteit werd onderzocht in samenhang met een kwaliteitsmeetinstrument dat eerder voor de verblijfspsychiatrie ontwikkeld was, aan de hand van een verpleegkundig takenpakket (Voogt, 1991). Vijf van de negen categorieën van de vragenlijsten correleerden zwak tot zeer zwak, wat duidde op een geringe mate van convergente validiteit tussen de meetinstrumenten (Jongerden, 1992).

Van het meetinstrument voor de verblijfspsychiatrie zijn versies afgeleid voor andere sectoren en doelgroepen. Voorbeelden zijn een kwaliteitsmeetinstrument voor de verpleegkundige zorg op een afdeling voor adolescenten met een schizofrene of daaraan verwante stoornis (Van de Fliert, 1995) en een instrument voor de verpleegkundige zorg in de acute psychiatrie (Polhuis, 1996).

Beschermd wonen

Bewoners-Onderzoek-Beschermd-wonen-lijst (BOB) (10)

De BOB is ontwikkeld vanuit de Rotterdamse Pameijer Stichting, die veertien beschermde woonvormen omvat (Van der Hijden e.a., 1998). De vragenlijst is gebaseerd op een tevredenheidsmodel dat ontwikkeld werd met behulp van concept-mapping. Er werden vier 'actoren' en hun onderlinge relaties onderscheiden: de bewoner zelf, de groep bewoners in een huis, de mentor(en) en de Pameijer Stichting als overkoepelend orgaan.

In 1992 is bij drie Regionale Instituten voor Beschermd Wonen onder 418 bewoners een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Van de (sub)schalen van de BOB varieerde de Cronbachs alfa van 0,60-0,91 (Buijt, 1995). Er werden adviezen gegeven voor verbeteringen en er is een vervolgonderzoek gestart naar de implementatie. Ook andere regionale instituten hebben de BOB inmiddels gebruikt.

Zorg Evaluatie Score (ZES) (11)

De ZES is een tevredenheidsschaal voor institutionele woonvoorzieningen, die ontwikkeld is binnen een beschutwonenproject van de Bavo-RNO-Groep (Wennink en Van Wijngaarden, 1987). Uitgangspunt was dat de waarde van een antwoord op de vraag: 'Bent u tevreden?' pas kan worden ingeschat wanneer bekend is ten opzichte van wat men tevreden is. De respondent wordt gevraagd uit zes mogelijke woonvoorzieningen die voorziening te kiezen welke hem/haar het aantrekkelijkst lijkt. Vervolgens wordt de eigen woonsituatie op een aantal aspecten vergeleken met de voorkeurssituatie. Rekening houdend met het cognitieve niveau van de populatie zijn de woonvoorzieningen omschreven in zo objectief mogelijke termen en visueel weergegeven in de vorm van een tekening waarop de verschillende woonaspecten in één oogopslag kunnen worden overzien.

Psychometrisch onderzoek toonde één onderliggende dimensie aan en een ordinale relatie tussen de voorzieningen. De samenhang tussen de ZES-score, de gevraagde rangorde van de gepresenteerde woonvoorzieningen en een algemene-tevredenheidsvraag bedroeg 0,90. Een score op de ZES bleek redelijk goed te voorspellen uit de rangordening van voorzieningen (multiple regressiecoëfficiënt 0,77). De ZES is in een aantal onderzoeksprojecten gebruikt om de overgang van patiënten naar een nieuwe woonsituatie te evalueren (Timmer en Hull, 1994).

Verslavingszorg

Clïentensatisfactie Verslavingszorg (12)

In opdracht van de toenmalige Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg werd in 1992-1993 een landelijk cliëntenonderzoek uitgevoerd (Jongerus e.a., 1994). Bij de ontwikkeling van het instrument zijn naast de SEC (nr. 2) eerder ontwikkelde vragenlijsten binnen de verslavingszorg gebruikt (Hofman e.a., 1991; Syben en Van de

Tabel 3. Kwaliteitsaspecten die in elf van de twaalf kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten aan de orde komen

Behandelvormen Instrumenten → ↓ Kwaliteitsaspecten	Ambulant		Deeltijd		Klinisch			Verblijf			Wonen	
	2	12 ²	3	4	12	5	6	7	8	9	10	11
deskundigheid	● ³	●			●	●	●	●	□	□		
behandelbeleid/-programma	□ ⁴	□	□	□	□	□	□	●	●	□	●	
doeltreffendheid/effectiviteit	□	□	□	●	□		●		●			
toegankelijk-/bereikbaarheid	●	□	●	□		●	●	□	□		□	●
continuïteit		●			●		□			□	●	
veiligheid						●	□		●	●		
ondersteuning familie				□		●	□	●	●	●		
inspraak/overleg	□	□	□	□	□	□	●	□	□	●	□	●
informatie	□	□	●	□	□	●	□	□	□	□	●	
contact met hulpverlener/ bejegening	□	□	□	●	□	□	□	□	□	□	□	●
relatie met medepatiënten		●	●	●	□	□		□	□	□	□	●
dagprogramma/tijdsbesteding		●	●	●	□	●	□	□	□	□	□	
privacy	●		●			●	□	●	●	●	●	●
(ruimtelijke) voorzieningen	●		□	●	●	□	□	□	□		□	●
externe diensten/voorzieningen								□	●			

1 instrument nr. 1 is niet vermeld in verband met unidimensionaliteit.

2 zowel de ambulante als de klinische versie van instrument nr.12 zijn in de tabel opgenomen.

3 ● komt in de vorm van (een) item(s) aan de orde.

4 □ komt als aspect aan de orde.

Berg, 1992; Kroon, 1992; Loos en Posthumus, 1992/1993). Van de vragenlijst bestaan drie versies: voor ambulante hulp, klinische hulp en methadonverstrekking. Per sector werden enkele specifieke vragen aangepast of toegevoegd.

Ruim 1900 (ex-)cliënten hebben de ontvangen zorg beoordeeld. Op basis van factoranalyses zijn de items ge(her)groepeerd en van de gevonden subschalen werd de interne consistentie bepaald. De alfa van de schalen varieerde van 0,60-0,89. De uitkomsten van het onderzoek zijn vertaald in concrete aanbevelingen voor kwaliteitsverbetering. Na het landelijk onderzoek is de vragenlijst ter beschikking gesteld van individuele instellingen. Binnen de Jellinek kliniek in Amsterdam wordt (een aangepaste versie van) de vragenlijst systematisch en structureel toegepast in alle programma's en afdelingen.

De kwaliteitsaspecten die in de instrumenten aan de orde komen, worden in tabel 3 samengevat. Per instrument wordt aangegeven welke aspecten voor dat instrument en daarmee voor de betreffende sector en/of voorziening relevant zijn gevonden. Wanneer meerdere instrumenten voor een bepaald kwaliteitsaspect dezelfde term hanteerden, werd deze in de tabel overgenomen. Bij verschil in terminologie hebben we gebruikgemaakt van het begrippenkader zoals dat is opgesteld door de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO, 1990). Op deze wijze konden we de instrumenten op inhoud vergelijken.

Elf van de twaalf instrumenten hebben betrekking op meerdere zorgaspecten. Eén instrument, de CSQ-8 (nr. 1), meet alleen een algemene tevredenheidsfactor en is om die reden niet in tabel 3 genoemd. In alle instrumenten komen 'contact met hulpverlener', ook wel bejegening genoemd, en 'inspraak/overleg' aan de orde. 'Informatie' is een kwaliteitsaspect in alle instrumenten uitgezonderd de ZES (nr. 11). Bij de 24-uurszorg worden de aspecten 'relatie met medepatiënten', 'dagprogramma/tijdsbesteding', 'privacy' en ruimtelijke en externe voorzieningen benadrukt. Voor langdurige verblijfsafdelingen en woonvoorzieningen worden 'behandelbeleid/-programma' en 'doeltreffendheid/-effectiviteit' niet of minder relevant gevonden. Het instrument voor Verpleegkwaliteit in de Verblijfspsychiatrie (nr. 9) vormt daarop een uitzondering. Dit instrument is dan ook vanuit de verpleegkundige beroepsgroep ontwikkeld mede om duidelijkheid te krijgen over de eigen taken en verantwoordelijkheden.

BESCHOUWING

Dit onderzoek geeft een overzicht van twaalf instrumenten die in de afgelopen tien jaar ontwikkeld zijn in de GGZ voor de beoordeling van de kwaliteit van het zorgproces door patiënten. Het overzicht is wellicht incompleet door het ontbreken van meetinstrumenten waarover niet werd gepubliceerd. Met behulp van een schriftelijke enquête in algemene psychiatrische ziekenhuizen vond Timmer (1994) in totaal dertig instrumenten, maar de inventarisatie was ruimer van opzet. Zo kon de kwaliteitsbeoordeling betrekking hebben op het zorgproces, specifieke behandelingsaspecten, behandeluitkomsten of organisatorische aspecten van een afdeling. Wij hebben ons beperkt tot instrumenten die met name gericht zijn op het zorgproces. Daarbij was het criterium dat er enige psychometrische analyses waren uitgevoerd en dat het instrument in de praktijk was toegepast.

De door ons getraceerde instrumenten zijn veelal op basis van reeds bestaande instrumenten en/of in samenspraak met het veld ontwikkeld. Concept-mapping is bij dat laatste een vaker gehanteerde methode. Theoretische uitgangspunten over de wijze waarop het patiëntenoordeel tot stand komt, worden slechts in een enkel instrument verwerkt.

Om van waarde te kunnen zijn voor de GGZ is het allereerst van belang dat de instrumenten verantwoord meten. Van de meeste instrumenten ontbreekt echter relevante psychometrische informatie. De interne consistentie van de schalen werd bij acht instrumenten bepaald. De test-hertest- of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd slechts bij vier instrumenten onderzocht. Een factoranalyse of vergelijkbare techniek werd bij vijf instrumenten uitgevoerd en in het kader van convergente validiteit werden analyses gedaan bij eveneens vijf instrumenten. Wanneer we gegevens over de interne consistentie van de schalen en een factoranalyse (of vergelijkbare techniek) als minimumeis stellen, voldoen slechts vijf instrumenten.

De bij de factoranalyses gevonden factoren zijn moeilijk te vergelijken en als dat al het geval is, worden ze door de onderzoekers vaak in andere termen omschreven. De factoren worden over het algemeen opgevat als subschalen die een aspect van kwaliteit meetbaar maken. Elf van de twaalf instrumenten hebben betrekking op meerdere zorgaspecten. Daaruit kan geconcludeerd worden dat kwaliteit-van-zorg een multidimensioneel concept is, dat alleen adequaat gemeten kan worden vanuit

verschillende dimensies. De hulpverleningsrelatie wordt in alle sectoren belangrijk gevonden. In de acute en ambulante voorzieningen wordt daarbij vooral waarde gehecht aan behandeltechnische aspecten (deskundigheid, doeltreffendheid). Bij de intramurale voorzieningen worden ruimtelijke aspecten en tijdsbesteding benadrukt.

Van implementatie van de instrumenten in de dagelijkse praktijk is nog weinig sprake. De instrumenten worden meestal eenmaal in het kader van een onderzoek toegepast. Er bestaat een spanningsveld tussen wetenschappelijk verantwoorde instrumenten die betrouwbaar en valide meten, en voor de praktijk hanteerbare en bruikbare instrumenten (Sterk en Ridderbos, 1995). Het gebruik van de instrumenten vraagt inzet en motivatie van de hulpverleners, terwijl de resultaten van de kwaliteitsbeoordeling niet altijd concrete aanknopingspunten bieden voor de dagelijkse praktijk.

Om bij een herhaalde toepassing van het instrument de resultaten te kunnen vergelijken is het niet alleen van belang dat een instrument verantwoord meet, maar ook dat het instrument mogelijke kwaliteitsverschillen kan vastleggen. Over dit zogenaamde discriminerend vermogen van kwaliteitsmeetinstrumenten is opvallend weinig bekend (Donker, 1996). Wanneer een tweede meting andere uitkomsten oplevert, moet het bovendien voor de hulpverlener of instelling duidelijk zijn of er werkelijk sprake is van kwaliteitsverandering of van een verschil in kenmerken tussen de ondervraagde patiëntengroep en de groep van de voorgaande meting. Daartoe is onderzoek naar een samenhang tussen het patiëntenoordeel en bepaalde zorg- en/of patiëntkenmerken van belang. Tot nu toe zijn de gevonden correlaties niet eenduidig, waardoor de oorzaak en de betekenis van de samenhang onduidelijk blijven (Donker, 1996).

Onderlinge vergelijking tussen voorzieningen of sectoren wordt bemoeilijkt door de inhoudelijke verschillen tussen de instrumenten. Daar GGZ-voorzieningen meer en meer samenwerken, zijn specifieke of sectorgerichte vragenlijsten niet wenselijk en groeit de behoefte aan onderzoek naar flexibiliteit, verscheidenheid en samenhang van het zorgaanbod. In dit kader heeft de Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid GGZ de interinstitutionele toetsing tot een van haar speerpunten gemaakt, met als doel het zorgaanbod, GGZ-breed, inzichtelijker te maken. Bij de toetsing wordt gebruikgemaakt van een visitatiecommissie. Het primaire proces dat in onze inventarisatie centraal staat, is een van de aandachtsgebieden van het toetsingskader. Cliënten worden echter

niet door de commissie gehoord (Stichting GGZ Nederland, 1997). De patiënten- en bewonersraden zelf verrichten eveneens visitaties. In opdracht van de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de GGZ zijn daartoe zowel voor algemene psychiatrische ziekenhuizen (Van Haaster e.a., 1993) als voor beschermde woonvormen (Stichting LPR, 1994) algemeen geldige en toepasbare kwaliteitscriteria geformuleerd. Een toetsing door de visitatiecommissie levert echter kwalitatieve gegevens en geen cijfermateriaal.

Geconcludeerd kan worden dat er veel instrumenten ontwikkeld zijn/worden voor de beoordeling van het zorgproces door patiënten, maar dat er bepaalde tekortkomingen zijn. De onzekerheden over psychometrische kwaliteiten en het discriminerend vermogen van de instrumenten, het ontbreken van een theoretische onderbouwing en de onduidelijkheid over samenhang van het patiëntenoordeel met zorg- of patiëntkenmerken zijn onderwerpen voor nader onderzoek. Voor satisfactie-instrumenten op het gebied van de somatiek (Van Campen e.a., 1995) en Engelstalige satisfactie-instrumenten (Ruggeri, 1994) zijn vergelijkbare aandachtspunten geformuleerd.

Er is behoefte aan een standaardvragenlijst die in alle sectoren van de GGZ door verschillende voorzieningen kan worden gebruikt. Een instelling kan dan, waar nodig, afdelings- of programmaspecifieke vragen toevoegen. Patiënten krijgen daarmee de gelegenheid om hun oordeel over de geboden zorg te geven. Voor toekomstige patiënten kan deze informatie mogelijk een rol gaan spelen bij de keuze van hun zorgvoorziening (Donker, 1996). De hulpverlener of instelling kan de kwaliteit van het zorgaanbod beter vergelijken en waar mogelijk verbeteren.

Literatuur

- Attkisson C.C., Zwick R. The client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning* 1982;5:233-237.
- Brey J.H.C. de, Peereboom S. Onderzoek naar tevredenheid bij RIAGG-cliënten. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1986;64:39-43.
- Buijt I. *Tevredenheid vergeleken. Een onderzoek naar verschillen in tevredenheid tussen bewoners van drie RIBW'en en de relatie tussen deze verschillen en kenmerken van de organisatie*. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1995.
- Campen C. van, Sixma H., Friele R.D. et al. Quality of Care and Patient Satisfaction: A Review of Measuring Instruments. *Medical Care Research and Review* 1995;52(1):109-133.
- Christiaens V. *Kwaliteitsbeoordeling van zorg door patiënten met schizofrenie: Ontwikkeling van een meetinstrument*. Brussel, Vrije Universiteit Brussel, 1995.
- Dekker J.J.M. *Het Amsterdamse Sociaal Psychiatrisch Diensten Centrum*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1996.

- Depla M., Donker M., Severens P. *Verscheidenheid in kwaliteit: Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht, NcGv, 1992.
- Deyo R.A., Diehr P., Patrick D.L. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Controlled Clinical Trials* 1991;12:142s-158s.
- Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol 11. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1982.
- Donker M. Satisfactie meer dan boekhouden? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1996;74(7):303-304.
- Donker M.C.H., Timmer F. *Patiëntraadpleging in het APZ, Deel 3; Kwaliteitsbeoordeling door langdurig opgenomen patiënten in het APZ*. Utrecht, NZi-NcGv, 1994.
- Drunen P. *Behandeling evaluatielijst*. Rotterdam, Bavo-RNO-Groep, 1998.
- Fliert R. van de. *Kwaliteit van verpleegkundige zorg op de adolescentenkliniek. Instrumentontwikkeling en aanbrengen van wegingsfactoren op standaardniveau*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- Graham J.R., Allon R., Friedman I. et al. The ward evaluation scale: a factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology* 1971;27(1):118-122.
- Haaster H. van, Marel K. van der, Rijkschroeff R. *Kwaliteitscriteria & patiëntenvisitatiecommissie*. Utrecht, Stichting LPR, 1993.
- Harteloh P.P.M., Sprij B., Casparie A.F. Patiëntstatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1992;47(2):157-165.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Hermans P.J., Bruyn D.N.J. de. Exit-interviews als beleidsinstrument. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1992;47(10):1112-1116.
- Hert M. de, Abrahams F., Timmer F. et al. Development of an instrument to measure consumers perception of quality of care for psychotic inpatients. *Schizophrenia Research* 1995;15:214.
- Hijden E.J.E. van der, Buijt I., Wierdsma A.I. et al. Beschermd wonen; tevreden wonen? Resultaten van een tevredenheidsonderzoek onder bewoners van drie organisaties. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1998;53(3):265-276.
- Hofman K., Gerretsen A.M., Smit A. *Follow-up onderzoek '87/'88: CAD Groningen*. Groningen, 1991.
- Hoof F. van, Stolker J.J., Zitman F.G. et al. *Uitkomstindicatoren op het gebied van de chronische psychiatrie*. Den Haag, NWO, 1994.
- Hull H., Timmer F. *Patiëntenraadpleging in het APZ. Deel 2: Kwaliteitsconcept van langdurig opgenomen patiënten in het APZ*. Utrecht, NZi-NcGv, 1994.
- Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Jongerden I.P. *Toetsing van de kwaliteit van verpleegkundige zorg in de verblijfspsychiatrie: De ontwikkeling en vergelijking van kwaliteitsmeetinstrumenten*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1992.
- Jongerden I.P., Hollands L., Bergen B. van. *Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie*. Utrecht, Lemma bv, 1994.
- Jongerius J., Hull H. en Derks J. *Hoe scoort de verslavingszorg? Kwaliteitsbeoordeling door cliënten; een landelijk onderzoek*. Utrecht, NcGv, 1994.
- Kaasenbrood A. *Consensus als criterium: De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Koning Y.A., Perquin L.N.M. De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens een psychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1993;35(10):691-701.

- Kooi R., Donker M. *Clënten over de RIAGG: ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Kroon H. *Vragenlijst cliënt bij ontslag*. Utrecht, NcGv, 1992.
- Landis R.J., Koch G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
- Lemmens F., Donker M. *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, NcGv, 1990.
- Loos A., Posthumus A. *Hoe tevreden/ontevreden bent u? Vragenlijst voor cliënten*. Den Haag, Centrum Verslavingszorg Zeestraat, 1992/1993.
- Ministerie van vws. *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: Staatsblad nr. 80, 1996.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de, Gersons B.P.R. Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen; een conceptuele verkenning. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1977;5:497-510.
- Polhuis D.A. *Verpleegkwaliteit in de acute psychiatrie. De ontwikkeling van een instrument voor verpleegkundige zorg in de acute psychiatrie*. Utrecht, Rijksuniversiteit Limburg, 1996.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek. *Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. Den Haag, Raad voor Gezondheidsonderzoek, 1990.
- Ridder D. de. *Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelferen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Rijcke B. de. *Validiteit en betrouwbaarheid van een instrument voor het meten van de perceptie van kwaliteit van zorg bij patiënten met psychotische problematiek*. Leuven, Katholieke Universiteit Leuven, 1998.
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 1994; 29: 212-227.
- Schouten E.A.M., Perquin L.N.M. *Beoordelingslijst Opnamevervangende Dagbehandeling Valeriuskliniek. Stellingen met meerkeuze antwoorden*. Amsterdam, Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, Valeriuskliniek, 1991.
- Spiegel D., Younger J.B. Ward climate and community stay of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1972;39(1):62-69.
- Sterk P., Ridderbos P. Patiëntenfeedback in een psychiatrisch ziekenhuis. *Kwaliteit & Zorg* 1995;3(1):28-35.
- Stichting GGZ Nederland. *Toetsingskader Kwaliteit GGZ*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1997.
- Stichting LPR. *Bewoners voor de verandering: Kwaliteitscriteria vanuit het bewonersperspectief voor de sector beschermd wonen*. Utrecht, Stichting LPR, 1994.
- Streiner D.L., Norm G.R. *Health measurement scales; a practical guide to their development and use*. New York, Oxford University Press, 1995.
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid. *Basisdocument kwaliteits-bevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. Utrecht, Stichting GGZ Nederland, 1994.
- Swinkels J.A. *Wat mag ik voor u doen? Een exploratief onderzoek naar de hulpvraag van patiënten op een polikliniek psychiatrie*. Amsterdam, Universiteit van Amsterdam, 1994.
- Syben N, Berg Y. van de. *Specimenset Vragenlijsten Programma evaluatie Malibaankliniek Centrum Maliebaan*. Velp, ABC/OPES, 1992.
- Timmer F. *Patiëntenraadpleging in het APZ. Deel 1: Inventarisatie*. Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1994.
- Trochim W.M.K. An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 1989;12:1-16.
- Tuin J.S., Duijnhoven J.P.J., Kroon J.H. *Jaarverslag Zon & Schild*. Amersfoort, Zon & Schild, 1993.

- Voogt A. *De ontwikkeling van een inhoudsvalide takenpakket en een eerste gestandaardiseerd meetinstrument voor kwaliteitstoetsing van verpleegkundige zorg in de verblijfssector van het PC Sint-Willibrord*. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg, 1991.
- Wennink H.J., Wijngaarden B. van. De Zorg Evaluatie Score. *Gezondheid en Samenleving* 1987;8(4):266-274.
- Wijngaarden B. van, Schene A.H. Patiënten beoordelen psychiatrische zorg: de vragenlijst Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB). *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1995;73:11-18.

4

4 Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen

INLEIDING

De kwaliteit van de gezondheidszorg staat de laatste jaren sterk in de belangstelling (Van Wijmen, 1995). Patiënten stellen zich kritischer op en verlangen meer patiëntgerichte zorg. Hulpverleners op hun beurt trachten – mede door wettelijke maatregelen en bezuinigingen – de zorg doelmatiger en ook doeltreffender te verlenen. Met de op 1 april 1996 in werking getreden Kwaliteitswet Zorginstellingen worden instellingen verplicht om aan systematische kwaliteitsbewaking te doen en zelf criteria en normen te formuleren (Ministerie van vws, 1996). In verschillende sectoren van de gezondheidszorg ontbreekt het (vooralsnog) aan onderzoeksgegevens waarop de criteria kunnen worden gebaseerd. Mede hierdoor stagneert de ontwikkeling van bruikbare instrumenten om de kwaliteit van de zorg te kunnen beoordelen.

Ons onderzoek richt zich op een van deze sectoren, de gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Binnen de geestelijke gezondheidszorg vervult de gesloten opnameafdeling een belangrijke rol (Nijssen en Schene, 1996): een derde deel van het totaal aantal psychiatrische opnamen in algemeen psychiatrische, algemene en academische ziekenhuizen vindt op gesloten afdelingen plaats. Het verblijf aldaar wordt door patiënten als zeer ingrijpend ervaren (Post en Hooyer, 1992; Janssen, 1996). Voor hulpverleners brengt de confrontatie met de ernstige problematiek van patiënten, een toenemend aantal heropnamen, de dreiging van suïcides, agressieve incidenten, gevoegd bij het streven naar een korte opnameduur een hoge werkdruk met zich mee. Op dergelijke afdelingen is de kans groot dat de terugkoppeling van patiëntervaringen naar de hulpverleners onvoldoende is. Daarom is structureel gebruik van een instrument voor de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de zorg voor de gesloten opnameafdeling in het bijzonder relevant. Essentieel voor het ontwikkelen van een dergelijk instrument is dat er duidelijkheid bestaat over de eisen waaraan kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling dient te voldoen.

Kwaliteit is een buitengewoon complex en moeilijk te definiëren begrip. Van kwalitatief goede zorg wordt gesproken als de zorg tegemoetkomt aan de eisen die men eraan stelt, maar deze eisen zijn niet voor iedereen dezelfde. De kwaliteitseisen hangen samen met het perspectief, ofwel de positie of situatie, van waaruit de betrokkene naar de gezondheidszorg kijkt. Patiënten en hulpverleners baseren hun respectievelijke oordeel over de kwaliteit met name op de ervaringen opgedaan in het primaire proces van (medische) interventies en verzorgende en verplegende handelingen (Harteloh en Casparie, 1994). Overleg tussen de betrokkenen is noodzakelijk om te bepalen welke zorgaspecten voor een kwaliteitsbeoordeling relevant zijn. Als hierover overeenstemming bestaat kunnen kwaliteitscriteria worden ontwikkeld (Lemmens en Donker, 1990).

Om te komen tot specifieke kwaliteitscriteria voor het primaire zorgproces is beperking tot een bepaalde sector van de geestelijke gezondheidszorg wenselijk (Depla e.a., 1992). Andere kwaliteitsdefinities, zoals die van de acute psychiatrie (Depla e.a., 1992; Ketelaars e.a., 1993) en de opnamesector van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (Ridderbos en Sterk, 1991) zijn voor de gesloten opnameafdeling zeker relevant. Het risico van het toepassen van deze definities is echter dat een aantal specifieke aspecten van de gesloten afdeling, bijvoorbeeld die rond veiligheid, onvoldoende tot uitdrukking komen. Voor de ontwikkeling van een instrument dat kwaliteit moet meten, is het van wezenlijk belang dat alle aspecten van het kwaliteitsbegrip voldoende worden gedekt.

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de kwaliteitsopvattingen van patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, ziektekostenverzekeraars en geneeskundig inspecteurs ten aanzien van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Op grond van deze inventarisatie zijn, voor een kwaliteitsbeoordeling, relevante aspecten van zorg bepaald. Beschreven wordt hoe deze aspecten door de verschillende belanghebbenden worden gewaardeerd. Ter afsluiting wordt weergegeven hoe de resultaten worden gebruikt voor de ontwikkeling van een instrument om de daadwerkelijke zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling te kunnen beoordelen.

EEN CONCEPTUELE VERKENNING

De kwaliteitsopvattingen van de verschillende belanghebbenden bij de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen werden in kaart gebracht door middel van 'concept-mapping' (Trochim, 1989; De Ridder, 1991; Depla e.a., 1992). Kenmerkend voor deze methode is dat de deelnemers eerst gelegenheid krijgen om hun opvattingen over het onderwerp mondeling te expliciteren en vervolgens deze uitspraken beoordelen op relevantie en inhoud.

Aan de deelnemers aan de concept-mapping werd de volgende vraag voorgelegd: 'Waar moet, naar uw mening, kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling aan voldoen?' Voorwaarde voor deelname was dat de betrokkene daadwerkelijk ervaring had met de gesloten opnameafdeling vanuit het perspectief waarvoor hij gevraagd werd. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de bij het onderzoek betrokken deelnemers: het aantal deelnemers per partij en de organisaties of ziekenhuizen via welke zij benaderd werden.

De zorgaanbieders waren afkomstig uit 18 afdelingen, geselecteerd op grond van een landelijke enquête onder gesloten psychiatrische opnameafdelingen (Nijssen en Schene, 1996). Bij de selectie vonden wij het

Tabel 1. Deelnemers aan de concept-mapping: aantal deelnemers per betrokken partij, en de organisaties of ziekenhuizen via welke zij benaderd werden (n = 47)

Partij	Organisatie/ziekenhuis	Aantal
<i>zorgontvangers</i> patiënten	Anoiksis, de Cliëntenbond en de Nederlandse Stichting voor Manisch Depressieven	10
familieleden <i>zorgaanbieders</i>	Stichting Labyrint en Ypsilon	11
verpleegkundigen en psychiaters	Academische, algemene en algemeen psychiatrische ziekenhuizen	12 8
<i>financiers</i> ziekttekostenverzekeraars	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars	3
<i>overheid</i> geneeskundig inspecteurs	Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid	3

van belang dat de afdelingen onderdeel uitmaakten van verschillende typen ziekenhuizen (algemeen psychiatrische, algemene en academische), verspreid over het land. Zowel afdelingen met een stedelijk als met een landelijk verzorgingsgebied werden bij het onderzoek betrokken. Omdat op de meeste gesloten opnameafdelingen het behandelprogramma individueel gericht is, werd dit eveneens als criterium voor de geselecteerde afdelingen gehanteerd. Als belangrijkste zorgaanbieders voor de gesloten opnameafdeling werden verpleegkundigen en psychiaters beschouwd. Patiënten, familieleden, ziektekostenverzekeraars en geneeskundig inspecteurs werden via (plaatselijke) vertegenwoordigende organisaties benaderd. Alle deelnemers deden aan het onderzoek mee op persoonlijke titel; als ervaringsdeskundige van een gesloten afdeling en niet als woordvoerder van de afdeling of organisatie.

In drie groepsbijeenkomsten (in Amsterdam, Assen en 's-Hertogenbosch) werden de deelnemers uitgenodigd aan de hand van de vraagstelling zo veel mogelijk verschillende kwaliteitsuitspraken te doen. Het voordeel van groepsbijeenkomsten is dat de deelnemers op elkaar kunnen reageren, waardoor associaties ontstaan waar iedere individuele deelnemer niet op zou zijn gekomen (Donker e.a., 1994). Om er zeker van te zijn dat bepaalde perspectieven wel voldoende tot hun recht waren gekomen, werden aanvullend interviews met enkele patiënten en verwijzers gehouden.

Op deze manier werden ruim 300 uitspraken verzameld. Op grond van vier criteria (eenduidigheid, enkelvoudigheid, mate van concreetheid en eventuele overlap met andere uitspraken) werd dit aantal door de onderzoekers teruggebracht tot 97 uitspraken. Vervolgens werden deze uitspraken door elke deelnemer individueel geordend naar belangrijkheid (prioriteren) en naar inhoud (clusteren). Bij het prioriteren noteerde de deelnemer, vanuit zijn perspectief, op een schaal van 1 tot 5 (van oplopend belang) het belang van de uitspraak voor de kwaliteit van de zorg. Daarbij werd de deelnemer verzocht om de uitspraken evenredig over de vijf categorieën van belangrijkheid te verdelen. Bij het clusteren werd aan de deelnemer gevraagd de uitspraken die hij inhoudelijk bij elkaar vond horen of iets gemeenschappelijks vond hebben, in eenzelfde groep of categorie te plaatsen. Het aantal categorieën werd bij het clusteren vrijgelaten.

Met behulp van multivariate technieken (meerdimensionele schaaltechnieken en een hiërarchische clusteranalyse) werden de individueel gesorteerde kwaliteitsuitspraken statistisch bewerkt tot een groepsre-

sultaat en grafisch weergegeven. De uitspraken die op deze zogenaamde concept-map dicht bij elkaar liggen, werden door de deelnemers vaker met elkaar in verband gebracht dan uitspraken die ver van elkaar verwijderd zijn. Tevens werden op de concept-map de clusters zichtbaar gemaakt, waarin de uitspraken met behulp van de clusteranalyse waren samengevoegd. Op grond van de prioritering van de uitspraken in een cluster werd de gemiddelde waardering van het cluster bepaald, zowel over alle deelnemers als voor elke groep belanghebbenden afzonderlijk.

Naast een concept-map van kwaliteitsuitspraken werd met behulp van dezelfde multivariate technieken een map van deelnemers gemaakt. Zoals eerder de positie van de verschillende uitspraken op de concept-map werd bepaald door de clustering van de uitspraken naar inhoud, zo werden de deelnemers zelf op de map geordend naar de wijze waarop zij de uitspraken geprioriteerd hadden. Deelnemers die op de map dicht bij elkaar staan, hadden meer uitspraken met eenzelfde score geprioriteerd dan deelnemers die ver van elkaar verwijderd staan.

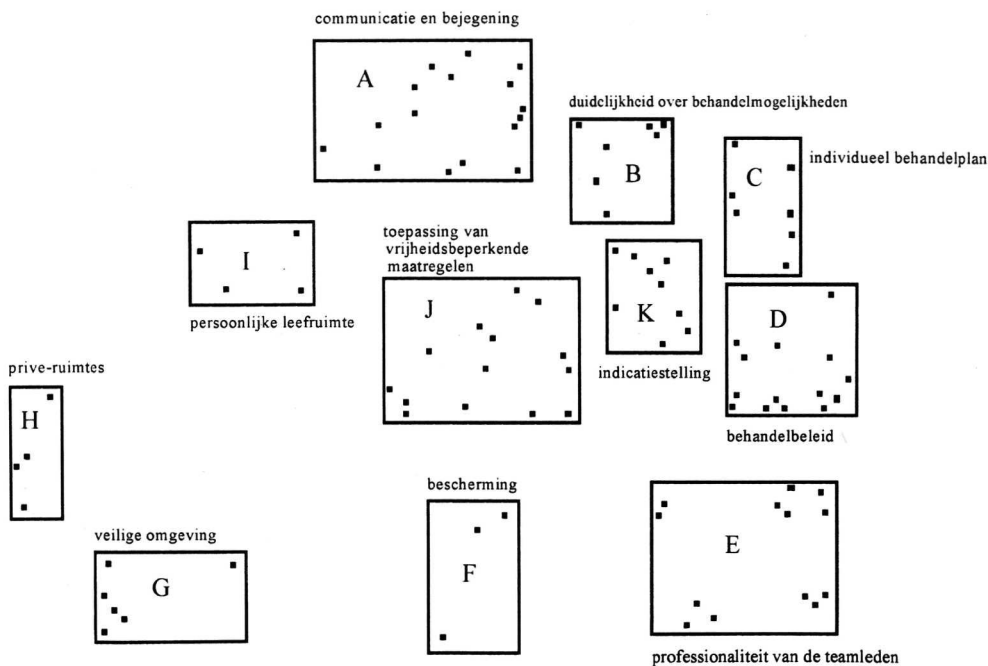
DE KWALITEITSASPECTEN

Het concept 'kwaliteit van zorg' voor een gesloten psychiatrische opnameafdeling wordt grafisch weergegeven in afbeelding 1. De 97 uitspraken die kwalitatief goede zorgverlening omschrijven, zijn op de afbeelding als punten weergegeven. De uitspraken die dicht bij elkaar liggen, hebben inhoudelijk meer met elkaar gemeen.

De uitspraken blijken in elf clusters te kunnen worden ingedeeld. Net als voor de individuele uitspraken geldt dat nabijgelegen clusters inhoudelijk meer verband houden dan clusters die op grotere afstand van elkaar liggen. Het door ons gekozen label voor een cluster moet opgevat worden als een grootste gemene deler van de afzonderlijke uitspraken in het cluster. Bij deze naamgeving is vooral rekening gehouden met de uitspraken die in dat cluster hoog gewaardeerd werden. In het navolgende wordt de inhoud van de elf clusters besproken. Het cijfer tussen de haakjes heeft betrekking op het totaal aantal uitspraken waaruit het betreffende cluster is samengesteld.

Cluster A: communicatie en bejegening (16)

Cluster A omvat een relatief groot aantal uitspraken. In het cluster worden twee samenhangende thema's aan de orde gesteld, wat ook in de naamgeving tot uitdrukking komt. In de uitspraken wordt bena-



Afbeelding 1. Concept-map. De elf kwaliteitsaspecten van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen

drukt dat de patiënt als gesprekspartner serieus genomen moet worden en dat de autonomie van de patiënt bevorderd wordt door het geven van duidelijke informatie. Dit betreft algemene informatie over de dagindeling, de afdelingsregels en de rechtspositie van de patiënt. Daarnaast gaat het om specifieke informatie over het ziektebeeld, waarbij de deelnemers het belangrijk vinden dat in de uitleg aangesloten wordt bij de individuele ervaringen van de patiënt. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn wanneer hij leden van het behandelteam kan spreken. Eveneens wordt het maken van duidelijke afspraken, bijvoorbeeld over de vorm waarin de familie bij de opname betrokken wordt, aan de orde gesteld. In het kader van de communicatie en bejegening wordt voor de gesloten opnameafdeling vervolgens van groot belang gevonden dat de patiënt dagelijks individuele aandacht krijgt van een lid van het behandelteam en dat in het contact de patiënt in zijn waarde gelaten wordt.

Cluster B: duidelijkheid over behandelmogelijkheden (7)

Cluster B sluit wat betreft het geven van informatie aan bij cluster A. In het bijzonder gaat het om informatie over de behandeling en begeleiding die de patiënt op de gesloten opnameafdeling kan krijgen. Daarbij wordt het van belang gevonden dat niet alleen de patiënt zelf, maar ook de familie geïnformeerd wordt over de hulp die de afdeling kan bieden. Volgens betrokkenen moeten naast de mogelijkheden ook de beperkingen van de gesloten afdeling duidelijk worden gemaakt. In de loop van de opname moeten tevens de mogelijkheden voor vervolgbehandeling met de patiënt en de familie worden besproken.

Cluster C: individueel behandelplan (7)

In cluster C komt vooral naar voren dat het behandelplan gebaseerd moet zijn op informatie van de patiënt, de familie en de verwijzer. De behandelaar moet daartoe inzicht krijgen in de voornaamste problemen van de patiënt en in de hulpvraag. Gedurende de opname dient het behandelplan regelmatig met de patiënt te worden besproken en in overleg te worden bijgesteld. De uitspraken in dit cluster komen overeen met wat continuïteit van de behandeling (Depla e.a., 1992) wordt genoemd. Continuïteit in de zin van het creëren van een geleidelijke overgang naar vervolgbehandeling, de overdracht van relevante informatie, de schriftelijke vastlegging ervan en daarbij overleg met en betrokkenheid van de patiënt.

Cluster D: behandelbeleid (14)

Cluster D bevat uitspraken over de voorwaarden waaraan volgens de betrokkenen voldaan moet worden om tot een kwalitatief goede behandeling te komen. Met alle disciplines tezamen moet daartoe een visie op de behandeling en zorgverlening op de afdeling worden ontwikkeld en schriftelijk worden vastgelegd. Specifiek wordt het hanteren van een visie op dwangverpleging genoemd. Behandel mogelijkheden en behandelwijzen moeten naar de mening van betrokkenen in protocollen worden beschreven. Een medicamenteus beleid wordt in het bijzonder van belang geacht. Binnen het multidisciplinaire team moet duidelijkheid bestaan over de verdeling van verantwoordelijkheden en taken. Om tot een goede uitwisseling van informatie te kunnen komen, wordt wekelijks overleg over de behandeling van patiënten noodzakelijk geacht. Gestructureerd overleg en formele samenwerkingsverbanden met verwijzers en nazorginstanties worden eveneens als voorwaarden

genoemd. Tot slot komt in dit cluster tot uitdrukking het belang dat gehecht wordt aan 'methodisch' werken. Daarmee wordt bedoeld het proces van inventarisatie van de problemen, het stellen van doelen, de keuze van interventies en de evaluatie ervan.

Cluster E: professionaliteit van de teamleden (13)

De uitspraken in cluster E hebben betrekking op de uitvoering van het behandelbeleid (cluster D) door hulpverleners. Vooral het kunnen omgaan met calamiteiten en/of agressie wordt belangrijk gevonden. De hulpverleners op de gesloten opnameafdeling moeten kunnen inschatten wanneer de verantwoordelijkheden van een patiënt overgenomen moeten worden. Daarbij moeten de eigen grenzen in kennis en vaardigheden niet uit het oog worden verloren en moet men niet schromen om collega's om raad of assistentie te vragen. Van hulpverleners wordt verwacht dat ze veranderingen in de toestand van de patiënt signaleren, rapporteren en waar nodig daarop kunnen inspelen. De deskundigheid van hulpverleners moet volgens de deelnemers bevorderd worden door bijscholing en door inter- of supervisie.

Cluster F: bescherming (3)

Cluster F bevat drie uitspraken die het bieden van veiligheid door het personeel benadrukken. Dit sluit aan bij de eisen die aan hulpverleners worden gesteld in cluster E, maar wordt hier als een afzonderlijk kwaliteitsaspect onderscheiden. Uitgesproken wordt dat er voldoende personeel moet zijn om hand-in-handbegeleiding te bieden en dat maatregelen om veiligheid te bieden niet het gevolg mogen zijn van een tekort aan personeel.

Cluster G: veilige omgeving (6)

Ook in cluster G komt het thema veiligheid aan de orde. De uitspraken hebben nu echter betrekking op ruimtelijke faciliteiten, zoals de aanwezigheid van separeerruimtes die aan speciale bouwkundige eisen moeten voldoen, en de aanwezigheid van een alarmsysteem.

Cluster H: privé-ruimtes (4)

In cluster H worden eveneens wensen over ruimtelijke voorzieningen geformuleerd. In dit geval gaat het om een ruimte waar de patiënt indien gewenst op zichzelf kan zijn, om de keuzemogelijkheid voor een een- of meerpersoonsslaapkamer en de gelegenheid om ongestoord bezoek te ontvangen.

Cluster I: persoonlijke leefruimte (4)

Het privacyaspect komt op een andere wijze aan de orde in het cluster 'persoonlijke leefruimte'. Het woord 'ruimte' moet in dit geval meer in abstracte zin worden opgevat. Het betreft een flexibel omgaan met afdelingsregels of het aanpassen van het dagprogramma aan persoonlijke leefgewoonten. Ook het vertrouwelijk omgaan met persoonlijke informatie valt hieronder.

Cluster J: toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (14)

De ligging van cluster J in het centrum van de concept-map geeft aan dat dit cluster raakvlakken heeft met meerdere zorgaspecten. De samenhang met cluster A komt tot uitdrukking in uitspraken als: 'voor de patiënt en hulpverleners moet duidelijk zijn waarom bepaalde (vrijheids)beperkende maatregelen genomen worden' en 'bij de toepassing van dwangmiddelen moeten duidelijke afspraken gemaakt worden tussen patiënt en begeleider'. Het verband met de clusters D en E blijkt uit eerdergenoemde uitspraken waarin de toepassing van een op papier uitgewerkte visie op dwangverpleging wordt geëist en het vermogen van hulpverleners om met agressie om te kunnen gaan. De uitspraak 'op de gesloten opnameafdeling moet te allen tijde een hulpverlener aanspreekbaar zijn' houdt verband met het aspect veiligheid (cluster F) en met de organisatie van de zorg (cluster D).

Cluster K: indicatiestelling (9)

In cluster K komen de voornaamste doelstellingen van de gesloten opnameafdeling tot uitdrukking, namelijk het bieden van een gestructureerde, veilige omgeving en het uitvoeren van zorgvuldige diagnostiek. Daarbij wordt door de betrokkenen van belang gevonden dat opnamecriteria voor de gesloten afdeling omschreven worden en dat 'regelmatig met de patiënt bezien wordt of de opname nog op een gesloten afdeling plaats moet vinden'. Ook dit cluster heeft inhoudelijk raakvlakken met de omliggende clusters. De duidelijkheid over doelstellingen en opnamecriteria, die met de uitspraken in dit cluster wordt gewenst, hangt samen met het behandelbeleid, het behandel aanbod en het behandelplan dat respectievelijk in cluster D, B en C ter sprake wordt gebracht, en met een mogelijke toepassing van vrijheidsbeperkende middelen (cluster J).

ONDERLIGGENDE KWALITEITSDIMENSIES

Door de samenhang tussen de clusters in ogenschouw te nemen, krijgen we zicht op de dimensies die ten grondslag liggen aan het kwaliteit-van-zorgconcept voor gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Met andere woorden: uit de opbouw van de concept-map kan worden afgeleid op grond van welke overwegingen de deelnemers bepaalde uitspraken hebben samengevoegd en andere juist gescheiden. Door in de figuur een denkbeeldige horizontale en verticale lijn te trekken, kunnen we ons een beeld vormen van deze ordeningsprincipes, die de betrokkenen bewust of onbewust hebben gehanteerd bij het clusteren van de uitspraken.

De denkbeeldige verticale lijn onderscheidt uitspraken over de verschillende aspecten van de behandeling (rechts) van uitspraken over de leefomstandigheden op de afdeling (links). Bij het ordenen van de uitspraken onderkennen de betrokkenen blijkbaar de 'behandel'- en de 'verblijf'-functie van deze afdeling. Beide worden relevant geacht, maar wel goed van elkaar gedifferentieerd.

Het tweede ordeningsprincipe dat door de betrokkenen wordt gehanteerd wanneer door hen aan kwalitatief goede zorg wordt gedacht, heeft betrekking op de autonomie van patiënten. Aan de bovenkant van de denkbeeldige horizontale lijn staan uitspraken over zelfbepaling, informatie aan de patiënt over de behandeling en invloed van de patiënt op de behandeling. Onder deze lijn staan uitspraken die betrekking hebben op het bieden van veiligheid door hulpverleners, ook wel het in bescherming nemen van de patiënt. Zowel het bevorderen als het overnemen van verantwoordelijkheid van de patiënt wordt dus door de betrokkenen relevant gevonden, maar wel als tegenpolen onderscheiden.

PERSPECTIEVEN OP KWALITEIT

Nu bekend is welke invulling de deelnemers aan het begrip 'kwaliteit van zorg' op de gesloten psychiatrische opnameafdeling geven, doet de vraag zich voor of de onderscheiden kwaliteitsaspecten in gelijke mate van belang worden gevonden. Wordt over de gehele groep van deelnemers de gemiddelde waardering van elk kwaliteitsaspect bekeken, dan blijkt het aspect veiligheid (clusters F en G) relatief hoog te scoren met een gemiddelde waardering van respectievelijk 3,4 en 3,3 (op de 5-puntsschaal) terwijl het aspect privacy (clusters I en H) relatief laag (beide clusters een gemiddelde waardering van 2,5) wordt gewaardeerd.

De waarderingscijfers van de andere aspecten vallen tussen die van de veiligheids- en privacyaspecten in en laten geen grote verschillen zien.

Om na te gaan of de deelnemers onderling in hun waarderungen of prioriteringen overeenstemmen is, zoals eerder beschreven, een deelnemers-map gemaakt. Naarmate de deelnemers in hun waarderungen meer op elkaar lijken, liggen zij op deze map dichter bij elkaar. Op de map is zichtbaar dat de psychiaters en verpleegkundigen met name aan de rechterkant van de afbeelding gelegen zijn en patiënten en familieleden met name aan de linkerkant. Blijkbaar stellen zorgontvangers andere prioriteiten dan zorgaanbieders. De onderlinge afstanden of verschillen waren op de afbeelding over het algemeen kleiner dan de verschillen met de andere partij. Om inzicht te krijgen in de aard van deze (mogelijke) prioriteitsverschillen zijn vervolgens de gemiddelde waarderungen, die per groep van zorgontvangers of -aanbieders aan de kwaliteitsaspecten werden toegekend, onderling vergeleken. Omdat vanwege de kleine aantallen deelnemers per groep een berekening van statistische significanties minder zinvol is (Boevink e.a., 1995) hebben

Tabel 2. Relatief hoog en laag gewaardeerde kwaliteitsaspecten door patiënten, familieleden, psychiaters en verpleegkundigen

Kwaliteitsaspect	Waardering			
	<i>patiënten</i> (n = 10)	<i>familieleden</i> (n = 11)	<i>psychiaters</i> (n = 8)	<i>verpleegkundigen</i> (n = 12)
communicatie en bejegening (A)	hoog	hoog		
behandelbeleid (D)			hoog	
professionaliteit van de teamleden (E)			hoog	hoog
bescherming (F)		hoog	hoog	hoog
veilige omgeving (G)			hoog	hoog
privé-ruimtes (H)			laag	laag
persoonlijke leefruimte (I)		laag	laag	laag
toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (J)	hoog			
indicatiestelling (K)		hoog		

we in tabel 2 voor de groep patiënten, familieleden, psychiaters en verpleegkundigen alleen aangegeven welke kwaliteitsaspecten een relatief hoge (gemiddelde van 3,3 of hoger) en welke een relatief lage (gemiddelde van 2,5 of lager) waardering hebben gekregen.

Uit de tabel blijkt dat patiënten en familieleden vooral aan het cluster 'communicatie en bejegening' waarde hechten. Patiënten vinden daarbij de 'toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen' een belangrijk aspect en familieleden achten het cluster 'indicatiestelling' van belang. Door de psychiaters en verpleegkundigen wordt naast de veiligheid (clusters F en G), de professionaliteit hoog gewaardeerd. Het privacyaspect wordt vooral door de zorgaanbieders relatief minder belangrijk gevonden. De familieleden sluiten zich wat betreft het cluster 'persoonlijke leefruimte' daarbij aan.

BESCHOUWING

De kwaliteit van de zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling kan op basis van uitspraken van de verschillende belanghebbenden in twee kwaliteitsdimensies en elf clusters of kwaliteitsaspecten worden samengevat. De onderscheiden dimensies maken duidelijk dat bij een beoordeling van de kwaliteit van de zorg de betrokkenen enerzijds de behandel-/begeleidingsfunctie van de gesloten opnameafdeling onderkennen, maar zich anderzijds realiseren dat de patiënt daartoe op een gesloten afdeling moet verblijven. Patiënten worden geconfronteerd met een restrictief afdelingsklimaat en een groep medepatiënten die evenzeer in de war, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal is, wat niet alleen bijzondere eisen stelt aan de behandeling/begeleiding, maar tevens aan de leefomgeving (Janssen, 1995).

Naast het behandelen, begeleiden en het verblijf wordt ook een 'beschermfunctie' van de gesloten opnameafdeling onderscheiden. Het waarborgen van veiligheid en het waar nodig toepassen van dwangmaatregelen worden als relevante aspecten van de gesloten afdeling erkend naast aspecten als informatie en inspraak die de autonomie van de patiënt moeten bevorderen. Het vinden van een balans in datgene waar de patiënt zelf verantwoordelijkheid voor kan dragen en daar waar de hulpverlener verantwoordelijkheid moet overnemen, wordt voor de kwaliteit van de zorg op de gesloten opnameafdeling van groot belang geacht.

Wanneer de beschrijving van kwalitatief goede zorgverlening op gesloten psychiatrische opnameafdelingen wordt vergeleken met omschrijvingen van het kwaliteitsconcept in andere sectoren van de psychiatrie, dan blijken bepaalde aspecten overeenkomstig, maar er kunnen eveneens (accent)verschillen worden geconstateerd. Aspecten als 'communicatie en bejegening', 'individueel behandelplan', 'persoonlijke leefruimte' en 'professionaliteit van de teamleden' worden in de kwaliteitsconcepten van andere sectoren in de psychiatrie eveneens benoemd. Meer specifiek voor de gesloten opnameafdeling blijken de aspecten 'veiligheid' en 'de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen' te zijn, waar bijvoorbeeld voor de verblijfspsychiatrie 'de voorzieningen voor (vrije)tijdsbesteding' (Timmer en Hull, 1994) en voor de ambulante psychiatrie een aspect als 'de toegankelijkheid van voorzieningen' (Depla e.a., 1992) worden beschreven.

De verschillen tussen de kwaliteitsconcepten komen duidelijker tot uitdrukking wanneer naar de concrete invulling van de gevonden kwaliteitsaspecten wordt gekeken. Zo wordt in de hulpverleningsrelatie bij de RIAGG van belang gevonden dat 'de cliënt in de eerste gesprekken de gelegenheid krijgt om de problemen duidelijk te maken', en dat 'de diepere achtergronden van problemen en gevoelens besproken worden' (Kooi en Donker, 1991). Patiënten op de gesloten opnameafdeling blijken in de eerste gesprekken niet altijd in staat te zijn om hun problemen duidelijk te maken en in de acute fase van de ziekte wordt met de patiënten meestal niet op de diepere achtergronden ingegaan. Bij een onderzoek naar de acute psychiatrie, waarbij de acute diensten van de RIAGG werden betrokken (Depla e.a., 1992), wordt ten aanzien van de deskundigheid van hulpverleners 'scholing in systeembehandeling' als kwaliteitseis genoemd. Voor de gesloten opnameafdeling wordt 'scholing in de omgang met agressie' benadrukt. Een ander voorbeeld van een kwaliteitseis die niet voor de gesloten opnameafdeling naar voren wordt gebracht, is de eis van 'zeggenschap over de eigen geldbesteding', die in de sector langdurig verblijf in het APZ wordt gesteld (Timmer en Hull, 1994). Ook de eisen die ten aanzien van de woonomgeving in deze sector worden geformuleerd zijn anders dan die voor de gesloten afdeling. Daarentegen blijken de principes of dimensies die ten grondslag liggen aan de kwaliteitsbeschrijving van langdurig opgenomen patiënten in het APZ overeen te komen met die van de gesloten opnameafdeling. Aan het concept 'kwaliteit van zorg' worden ook door de verblijfssector behandelingsaspecten en woonaspecten onderscheiden. Daarnaast wordt

het belang van zelfbepaling, evenals de invloed en inbreng van anderen dan de patiënt onderkend.

Deze bevindingen onderschrijven dat in meer algemene termen zeker gesproken kan worden over 'de' kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (Ketelaars e.a., 1993). Los van de setting gaat het blijkbaar om een aantal algemene principes, die de kwaliteit van onze zorg uitmaken. Maar daarnaast kent elke sector zijn specifieke kenmerken. Op het concrete niveau van kwaliteitscriteria zal derhalve voor iedere sector (empirisch) bepaald moeten worden wat de bij de zorg betrokkenen voor een kwaliteitsbeoordeling relevant vinden.

De zorgaspecten die voor de gesloten opnameafdeling bepaald zijn, lijken niet in gelijke mate van belang te worden gevonden. Zo krijgt het aspect 'veiligheid' relatief hoge en het aspect 'privacy' relatief lage prioriteit. Bij vergelijking met andere studies waarin prioriteiten van zorgaspecten bepaald zijn (Ridderbos en Sterk, 1991; Depla e.a., 1992; Oosterbaan, 1993; De Lange, 1993; Timmer en Hull, 1994) ontstaat de indruk dat de mate waarin een zorgaspect van belang wordt gevonden per sector kan verschillen. Zo kennen de deelnemers aan het eerdergenoemde onderzoek in de acute psychiatrie aan het aspect 'veiligheid' aanmerkelijk lagere prioriteit toe dan de deelnemers aan het onderhavige onderzoek. Wanneer per betrokken partij naar prioriteiten wordt gekeken, valt op dat patiënten aan een zorgaspect als 'communicatie en bejegening' niet alleen op de gesloten opnameafdeling, maar ook in de andere sectoren van de psychiatrie grote waarde hechten (Ridderbos en Sterk, 1991; Depla e.a., 1992; Timmer en Hull, 1994; Van der Zwan, 1996). Deze resultaten onderschrijven de uitspraak, die in 1993 al in dit blad werd gedaan, dat 'het aannemelijk lijkt om te veronderstellen dat in alle sectoren van de GGZ de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie door cliënten zwaar gewogen wordt' (Ketelaars e.a., 1993).

Met deze resultaten is duidelijk geworden wat de betrokkenen belangrijk vinden als het gaat om goede zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling. Daarmee wordt echter nog geen uitsluitend gegeven over hoe de betrokkenen over de daadwerkelijk verleende zorg oordelen. Om dit oordeel te verkrijgen is door ons op basis van de resultaten van het hier beschreven onderzoek een vragenlijst geconstrueerd. Deze lijst is opgebouwd uit een aantal modules die betrekking hebben op de bij de concept-mapping gevonden kwaliteitsaspecten, zoals informatie, bejegening, inspraak, het behandelprogramma, continuïteit, de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen, veiligheid, ruimtelijke faci-

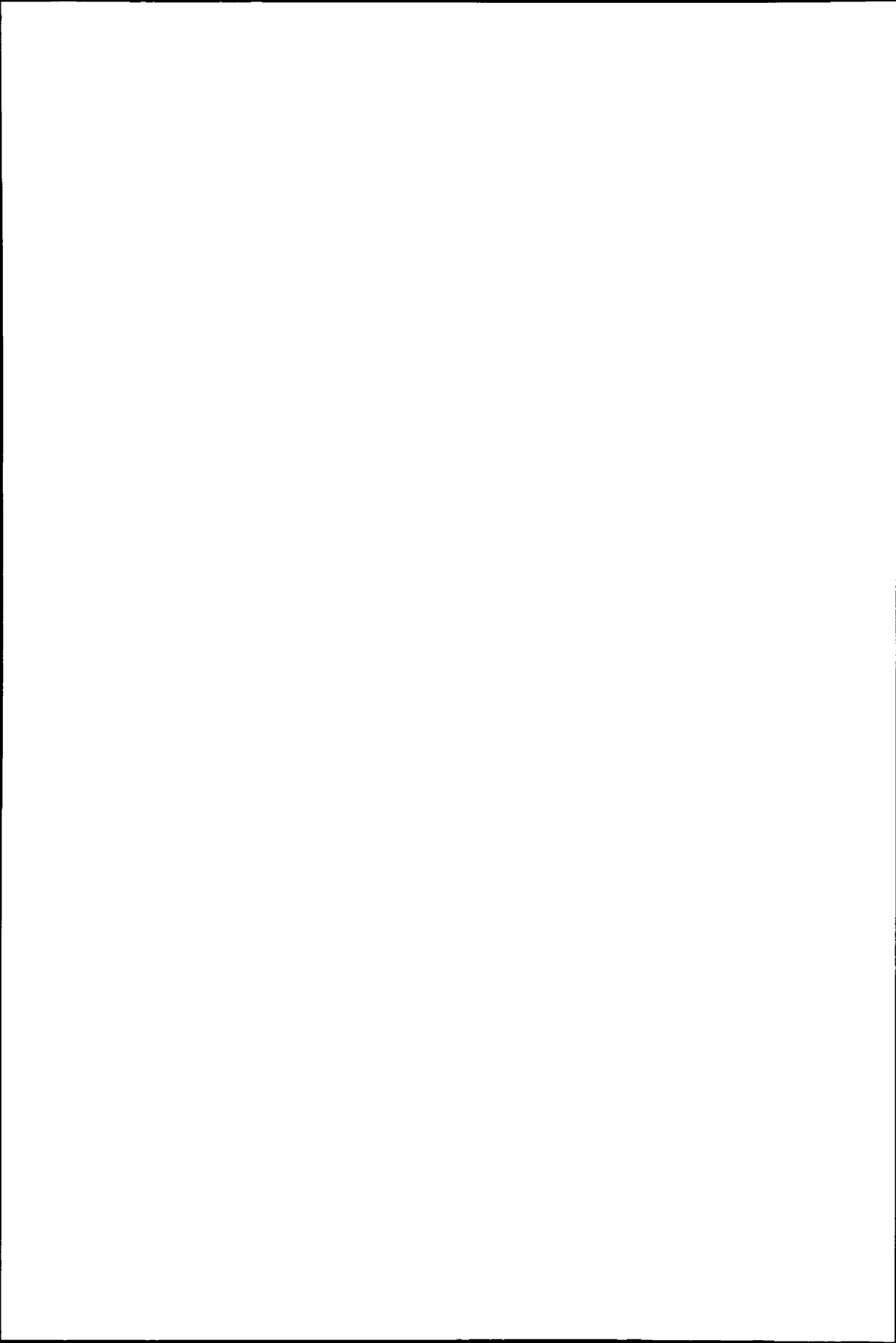
liteiten en privacy. Elke module bevat een beperkt aantal (maximaal twaalf) gesloten vragen rond het betreffende thema. Een deel van de vragen is voor patiënten geformuleerd en een ander deel voor hulpverleners, opdat die partij geraadpleegd wordt die aan het betreffende aspect bij de concept-mapping de hoogste prioriteit heeft gegeven. Zo worden vragen over het behandel- en verpleegplan aan de behandelend arts en de begeleidend verpleegkundige voorgelegd en vragen over de communicatie en bejegening aan patiënten.

Op dit moment wordt het instrument in een onderzoek op gesloten opnameafdelingen getoetst op klinimetrische eigenschappen (betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid) en op bruikbaarheid. Met de toepassing van het instrument moet relevante informatie worden verkregen over de feitelijke zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling. Deze informatie wordt vervolgens zo gepresenteerd dat aan hulpverleners de mogelijkheid geboden wordt om, waar dat nodig is, tot gerichte acties over te gaan om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Literatuur

- Boevink W.A., Wolf J.R.L.M., Nieuwenhuizen Ch. van, Schene A.H. Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten; een conceptuele verkenning. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1995;2:97-109.
- Depla M., Donker M., Severens P. *Verscheidenheid in kwaliteit: Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht, NcGv, 1992.
- Donker M., Severens P., Hull H.R. et al. *Concept Mapping, een gestructureerde methode om complexe onderwerpen in kaart te brengen*. Utrecht, NcGv, 1994.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Janssen M. Oude inrichtingspsychiatrie herhaalt zich in MFE. *De Gazet* 1995;7:18-19.
- Ketelaars D, Depla M, Donker M. Cliëntenperspectief in kaart gebracht. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1993; 48(2):136-149.
- Kooi R., Donker M. *Cliënten over de RIAGG: ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Lange J. de. *Kwaliteit van zorg op een afdeling ouderenpsychiatrie*. Utrecht, NcGv, 1993.
- Lemmens F., Donker M. *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, NcGv, 1990.
- Ministerie van V.W.S. *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag, Staatsblad nr. 80, 1996.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H. Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Een onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996;51(5):497-510.
- Oosterbaan H.I. *Het Krisiscentrum onder de loep*. Rotterdam, BAVO afd. Methoden & Technieken, 1993.

- Post I., Hooyer W. *Gids aan de omweg: hoe je gestoord kunt worden van goed bedoelde boodschappen, maar hoe ze ook kunnen leiden tot de ommekeer*. Assen, Dekker & van de Vegt, 1992.
- Ridder D. de. *Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Ridderbos P., Sterk P. *Kwaliteitsbeoordeling door patiënten in het APZ*. Den Dolder, Willem Arntsz Hoeve, 1991.
- Timmer F., Hull H. *Patiëntenraadpleging in het APZ: kwaliteitsconcept van langdurig opgenomen patiënten in het APZ (deel 2)*. Utrecht, Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1994.
- Trochim W.M.K. An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 1989;12:1-16.
- Wijmen F.C.B van. De vruchten van de euforie rond Leidschendam III. *Kwaliteit & Zorg* 1995;3:109-115.
- Zwan A. van der. *Gezondheidszorg in Tel 4*. Utrecht, Nederlandse Zorgfederatie, 1996.



5

Doelstelling van ons onderzoek was het evalueren van de praktische toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de KWAZOP, een instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling. Voor gesloten opnameafdelingen is een kwaliteitsbeoordelingsinstrument van groot belang, omdat juist daar het risico bestaat dat ervaringen van patiënten onvoldoende worden teruggekoppeld naar hulpverleners. De KWAZOP bestaat uit drie onderdelen: één voor de patiënt, één voor de behandelaar en één voor de verpleegkundige. Het patiëntendeel wordt afgenomen in de vorm van een interview, de andere delen zijn schriftelijke vragenlijsten. In de periode van februari tot augustus 1997 werden 132 patiënten geïnterviewd die van de gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen met ontslag gingen of werden overgeplaatst. Het kwaliteitsoordeel van 109 patiënten werd bruikbaar bevonden. De behandelaars en verpleegkundig begeleiders retourneerden respectievelijk 97 en 99 vragenlijsten. Op basis van een factoranalyse werden de vragen voor patiënten ingedeeld in vier kernsubschalen en twee facultatieve schalen, te weten: medische behandeling, verpleegkundige zorg, betrouwbaarheid/veiligheid in contact, privacy/vrijheid, toepassing van dwangmaatregelen en betrokkenheid van familie/vriend(in) of partner. De vragen voor behandelaars en verpleegkundigen werden eveneens op basis van een factoranalyse ingedeeld in vier subschalen, namelijk: continuïteit, behandelplan, verpleegplan, evaluatie opname/doeltreffendheid. De betrouwbaarheid van alle subschalen in termen van homogeniteit en van de vier kernsubschalen van het patiëntendeel in termen van test-hertestbetrouwbaarheid was bevredigend (Cronbachs alfa 0,67-0,86; ICC 0,79-0,90).

De bevindingen/resultaten werden door medewerkers van de betrokken afdelingen herkenbaar en bruikbaar gevonden. In een landelijk onderzoek op 26 gesloten opnameafdelingen van 19 ziekenhuizen wordt de KWAZOP momenteel toegepast.

5 Ontwikkeling en klinimetrische evaluatie van de KWAZOP. Een kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor gesloten psychiatrische opnameafdelingen

INLEIDING

Gesloten psychiatrische opnameafdelingen vervullen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een belangrijke rol: ongeveer een derde deel van de ruim 50.000 psychiatrische opnamen in algemeen psychiatrische, algemene en academische ziekenhuizen per jaar vindt op gesloten afdelingen plaats (Nijssen en Schene, 1996). Het verblijf op een gesloten afdeling wordt door patiënten als zeer ingrijpend ervaren (Post en Hooyer, 1992). De patiënt wordt binnen de gesloten deuren geconfronteerd met medepatiënten die eveneens in de war, angstig, agressief, depressief, of suïcidaal zijn. Daarbij wordt van de patiënt verwacht dat hij zich aanpast aan allerlei regels die structuur moeten geven aan het dagelijks leven op de afdeling. Het toetsen van de kwaliteit van de zorg binnen een zodanig gestructureerd en druk klimaat is dan ook voor patiënten van groot belang, maar zeker ook voor hulpverleners. Zij worden op hun beurt geconfronteerd met een toenevend aantal heropnamen, dreiging van suïcide en agressieve incidenten wat, gevoegd bij het streven naar een korte(re) opnameduur, een hoge werkdruk met zich meebrengt.

Om de kwaliteit van de psychiatrische zorg te kunnen beoordelen, zijn voor patiënten in diverse sectoren van de GGZ instrumenten ontwikkeld (Nijssen e.a., 1999). Bij de keuze voor een kwaliteitsbeoordelingsinstrument spelen een aantal kenmerken een rol: de geschiktheid van het instrument voor de doelgroep, de klinimetrische kwaliteit in termen van betrouwbaarheid en validiteit, en de praktische toepasbaarheid (De Haan e.a., 1993). Van het merendeel van de ontwikkelde instrumenten zijn deze kenmerken niet of slechts gedeeltelijk geëvalueerd (Nijssen e.a., 1999). Daarbij bestaat een spanningsveld tussen eisen die met het oog op de klinimetrie worden gesteld en eisen die tot een goede praktische toepasbaarheid en bruikbaarheid van een instrument moeten leiden (Sterk en Ridderbos, 1995).

Een kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor de gesloten opname afdeling moet inzicht geven in de kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg die relevant zijn voor deze afdeling en concrete aankno-

pingspunten bieden voor kwaliteitsverbetering. Op basis van een recent overzicht (Nijssen e.a., 1999) werden de kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten, die in de praktijk toegepast en (deels) klinimetrisch getoetst zijn, voor de populatie van de gesloten opnameafdeling niet geschikt of inhoudelijk niet toereikend bevonden. Daarom hebben wij een nieuw instrument ontwikkeld: de KWAZOP (KWALiteit van ZORG op de gesloten psychiatrische OPnameafdeling). Het instrument is geconstrueerd met behulp van concept-mapping (Trochim, 1989; De Ridder, 1991), een methode die gefaseerd kwaliteitscriteria genereert. Voor ons onderzoek hebben verschillende belanghebbenden (patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, verzekeraars en inspecteurs), die ervaring hadden met gesloten opnameafdelingen, in groepsbijeenkomsten en interviews uitspraken gedaan over de vraag: 'Waar moet, naar uw mening, kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling aan voldoen?' De kwaliteitsuitspraken zijn vervolgens geordend naar inhoud en prioriteit, en met behulp van meerdimensionele schaaltechnieken ingedeeld in een aantal kwaliteitsdomeinen. Deze domeinen hebben voor de gesloten opnameafdeling betrekking op de thema's: communicatie en bejegening, informatie, behandelbeleid, doel-/indicatiestelling, behandelplan, continuïteit, veiligheid, toepassing van dwangmaatregelen, ruimtelijke faciliteiten en privacy (Nijssen e.a., 1997). Aan de hand van de kwaliteitsuitspraken is vervolgens per domein een beperkt aantal (maximaal 12) gesloten vragen geformuleerd, waarbij bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten geraadpleegd zijn. Een deel van de vragen is voor patiënten geformuleerd en een ander deel voor behandelaars en verpleegkundigen, zodat die partij de kwaliteit beoordeelt die aan het betreffende domein bij de concept-mapping de hoogste prioriteit heeft gegeven. Zo worden vragen over het behandelbeleid aan de behandelaar en verpleegkundig begeleider voorgelegd en vragen over informatie en over bejegening aan de patiënt. In dit artikel staat de vraag centraal hoe het met de praktische toepasbaarheid, de betrouwbaarheid en validiteit van de KWAZOP is gesteld.

OMSCHRIJVING KWAZOP

Het gedeelte van de KWAZOP voor patiënten wordt afgenomen in de vorm van een interview, omdat patiënten van de gesloten opnameafdeling moeite hebben met een schriftelijke afname (Guiot, 1997). Ook kan de oordeelsvorming van de patiënt door de aard en de ernst van de

symptomen worden beïnvloed (Koning en Perquin, 1993). Een mondelinge afname biedt de mogelijkheid om assistentie te verlenen en zicht te krijgen op het vermogen van de patiënt om met behulp van de vragenlijst een bruikbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. De interviewer krijgt een training in het afnemen van het interview. Om sociaal wenselijke antwoorden te beperken, mag de interviewer niet bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn.

De vragenlijst omvat 53 items met gesloten antwoordcategorieën in termen van (a) onvoldoende/voldoende, (b) altijd/nooit, of (c) ja/nee. Aanvankelijk kon bij het beantwoorden van a en b gekozen worden uit vijf opties. In ons vooronderzoek bleek echter het merendeel van de patiënten goed in staat om aan te geven of iets voldoende of onvoldoende was, maar moeite te hebben om te kiezen uit ruim voldoende of voldoende en uit zeer onvoldoende of onvoldoende (Guiot, 1997). Daarom werd het aantal opties per antwoordcategorie teruggebracht van vijf naar drie (een negatieve, een positieve en een middencategorie: niet echt negatief/niet echt positief).

De gedeelten van de KWAZOP voor de behandelaar van de patiënt (13 items) en voor de verpleegkundig begeleider (18 items) worden schriftelijk afgenomen en hebben eveneens gesloten antwoordcategorieën (onvoldoende/voldoende, onvolledig/volledig, altijd/nooit of ja/nee).

PATIËNTEN EN METHODEN

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten afkomstig van drie psychiatrische ziekenhuizen die in de periode februari tot augustus 1997 van de gesloten opnameafdelingen met ontslag gingen of werden overgeplaatst. Inclusiecriteria waren een opname van meer dan drie dagen, in staat zijn tot een vraaggesprek en voldoende beheersing van de Nederlandse taal. De grens van drie dagen werd gehanteerd omdat in ons vooronderzoek was gebleken dat het bij een kortere opname voor een patiënt niet mogelijk was om de verschillende aspecten van de afdeling die in de vragenlijst aan de orde komen, te beoordelen. De patiënten werden geïnterviewd binnen een of twee dagen vóór tot maximaal drie dagen na ontslag/overplaatsing. In ons vooronderzoek was tevens gebleken dat ervaringen op de gesloten afdeling daarna vermengd werden met die op de vervolgafdeling.

Aan alle patiënten werd informed consent gevraagd en een aantal demografische en klinische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsni-

veau, juridische status, psychiatrische voorgeschiedenis en dergelijke) werd vastgelegd. Mogelijk verschillen tussen onze onderzoeksgroep en de landelijke patiëntenpopulatie op gesloten psychiatrische opnameafdelingen (Nijssen en Schene, 1996) werden getoetst met behulp van 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI). Na afloop van het interview met de patiënt werd door de interviewer gescoord (4-puntsschaal) of het kwaliteitsoordeel bruikbaar was. Deze baseerde zich op die momenten tijdens het interview waar de patiënt gevraagd werd om voorbeelden bij of argumenten voor de score van zijn/haar keuze. De patiënt kreeg de laagste score (1: heel onbetrouwbaar) indien het antwoord nooit of bijna nooit adequaat werd beargumenteerd. Een matige score (2: enigszins onbetrouwbaar) werd toegekend wanneer naast adequate, meerdere inadequate argumenten en/of voorbeelden werden gegeven. Een redelijke score (3: redelijk betrouwbaar) betekende dat in de meeste gevallen het antwoord adequaat werd onderbouwd en bij de hoogste score (4: betrouwbaar) waren de argumenten en voorbeelden steeds aannemelijk en adequaat. Alle patiënten met een score ≥ 3 werden in de analyses betrokken (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in vooronderzoek uitgedrukt in kappa was 0,87). Achtereenvolgens werden 30 patiënten met een bruikbaar oordeel gevraagd om na een week deel te nemen aan een herhalingsinterview voor het bepalen van de test-hertestbetrouwbaarheid van de vragenlijst. De behandelaar en verpleegkundig begeleider werden verzocht hun gedeelte van de KWAZOP in te vullen.

Praktische toepasbaarheid

Nagegaan werd of voldoende patiënten en hulpverleners bereid en in staat waren om de items van de KWAZOP te beantwoorden. Tevens werd onderzocht of de vragenlijsten in een aanvaardbaar tijdsbestek konden worden afgenomen of ingevuld.

Validiteit

Als eerste stap in het valideringsproces werd een factoranalyse (principale componenten analyse met varimax rotatie) uitgevoerd met de items die voor 80 procent of meer respondenten van toepassing waren. Op grond van de lineaire samenhang werd nagegaan of de itemscores beschreven konden worden door een beperkt aantal factoren, die kunnen worden beschouwd als de onderliggende dimensies waarvan de items een uitdrukking zijn. De items van het patiëntendeel werden afzonderlijk geanalyseerd. Ervan uitgaand dat aan het behandelaarsdeel

en het verpleegkundige deel overeenkomstige kwaliteitsdimensies ten grondslag liggen, werd een factoranalyse uitgevoerd van deze items tezamen.

Op basis van de factoroplossingen werden subschalen geconstrueerd waarvoor twee criteria werden gehanteerd: (a) de factorlading van het item moest $> 0,40$ zijn en/of de itemtotaalcorrelatie van de subschaal $> 0,30$; (b) een item dat op meer dan één factor $> 0,40$ laadde, werd in de subschaal geplaatst die was gebaseerd op de factor waar het betreffende item het hoogst op laadde. De items die op minder dan 80 procent van de respondenten van toepassing waren, werden op grond van de inhoud zo mogelijk in facultatieve schalen geplaatst.

Betrouwbaarheid

De vraag of nauwkeurig wordt gemeten, werd beantwoord in termen van homogeniteit en, wat betreft het patiëntendeel van de KWAZOP, eveneens in termen van test-hertestbetrouwbaarheid. Bij homogeniteit werd nagegaan in hoeverre de items binnen een subschaal eenzelfde dimensie meten. Een maat voor homogeniteit is Cronbachs correlatiecoëfficiënt, die gebaseerd is op het (gewogen) gemiddelde van de correlaties tussen de items binnen een subschaal (Cronbach, 1951). De subschaal is bedoeld voor het beschrijven van (het oordeel van) een groep respondenten; daarom werd een α -ondergrens van 0,70 gehanteerd (Nunnally, 1994).

De test-hertestmethode is een manier om de stabiliteit van een vragenlijst vast te stellen. Door met een bepaalde tussentijd, bij ons onderzoek één week, tweemaal aan dezelfde groep patiënten de vragenlijst voor te leggen, werd een indruk verkregen van de reproduceerbaarheid van de bevindingen. Daartoe werd van de afzonderlijke items van het patiëntendeel een gewogen kappacoëfficiënt berekend. Kappa is een uitdrukking van de voor kans gecorrigeerde scoringsovereenkomst (Veldhuyzen van Zanten en Hijdra, 1988). Bij de gewogen kappacoëfficiënt wordt onderscheid gemaakt tussen grotere en minder grote afwijkingen in de beoordeling, die zwaarder of minder zwaar worden gewogen. De kappawaarden werden arbitrair geïnterpreteerd in termen van slecht ($\text{kappa} < 0$), gering (0-0,20), matig (0,21-0,40), redelijk (0,41-0,60), voldoende tot goed (0,61-0,80) en bijna perfect ($\text{kappa} > 0,80$) (Landis en Koch, 1977).

Op het niveau van de schaaltoetscores werd de scorestabiliteit van het patiëntendeel van de KWAZOP vastgesteld met behulp van de intra-

class correlatie (ICC) volgens de methode beschreven door Deyo (Deyo e.a., 1991). Deze correlatiecoëfficiënt houdt rekening met systematische vertekening en kan worden opgevat als een parametrisch alternatief voor de kappacoëfficiënt. De ICC kan op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd als de kappacoëfficiënt.

RESULTATEN

Praktische toepasbaarheid

In de onderzoeksperiode voldeden 171 patiënten aan de inclusiecriteria, 23 van hen (13 procent) weigerden om uiteenlopende redenen (niet in staat, niet geïnteresseerd, uit onvrede) aan het onderzoek deel te nemen. Zestien patiënten (9 procent) werd, door haast bij ontslag/overplaatsing, niet om medewerking gevraagd. Van 109 van de 132 geïnterviewde patiënten (83 procent) werd het oordeel bruikbaar bevonden. De demografische en klinische kenmerken van de uiteindelijke patiëntengroep ($n = 109$) zijn samengevat in tabel 1.

De onderzoeksgroep bestond voornamelijk uit patiënten in de leeftijd van 20 tot 45 jaar, die in Nederland geboren waren. Mannen waren in de meerderheid, 34 procent van de groep woonde met partner en/of kinderen, 39 procent woonde alleen. Wat opleidingsniveau betreft had 37 procent een LVO-, LBO- of MAVO-opleiding. Gelet op de diagnose was 50 procent opgenomen met een psychose, 43 procent betrof patiënten met een stemmingsstoornis. De mediane opnameduur was 21 dagen (range: 4-774 dagen). Ongeveer 50 procent van de geïnterviewde patiënten was (voor een gedeelte van de opnameduur) gedwongen opgenomen, 66 procent had een voorgeschiedenis met een psychiatrische opname (van wie 85 procent op een gesloten afdeling). De 30 patiënten die medewerking verleenden aan het herhalingsinterview waren, wat betreft demografische en klinische kenmerken, vergelijkbaar met de beschreven onderzoeksgroep.

Van de behandelaars en verpleegkundig begeleiders van de 109 patiënten werden respectievelijk 12 en 10 vragenlijsten niet retour ontvangen.

De mediane interviewtijd van patiënten was 30 minuten (range: 15-100 minuten), het herhalingsinterview duurde eveneens 30 minuten (range: 15-65 minuten). Het invullen van de vragenlijst door de hulpverleners duurde 5-10 minuten.

Tabel 1. Demografische en klinische kenmerken onderzoeksgroep (n = 109)

Patiëntkenmerken	n	%
Vrouw / Man	50 / 59	46 / 54
<i>Leeftijd</i>		
- jonger dan 20 jaar	5	4
- 20-44 jaar	76	70
- 45-64 jaar	26	24
- 65 jaar en ouder	2	2
<i>Geboorteland</i>		
- Nederland	82	75
- Suriname	11	10
- Antillen	4	4
- ander land	12	11
<i>Woonsituatie</i>		
- alleenwonend	43	39
- wonend met partner en/of kinderen	37	34
- wonend met ouders	16	15
- wonend met anderen	7	6
- geen vaste woon-/verblijfplaats	6	6
<i>Opleidingsniveau</i>		
- LO of minder	17	16
- LVO, LBO, MAVO	40	37
- MBO, HAVO, VWO	29	26
- HBO, universitair	23	21
<i>Diagnose</i>		
- psycho-organische stoornissen	2	2
- schizofrenie, schizofreniforme, schizoaffectieve, korte reactieve en paranoïde psychosen en psychosen NOS	55	50
- stemmingsstoornissen (uni- en bipolair)	47	43
- overige diagnoses	5	5
<i>Juridische status</i>		
- vrijwillig	60	55
- gedwongen	45	41
- combinatie	4	4
<i>Psychiatrische voorgeschiedenis</i>		
- eerdere psychiatrische opname	72	66

Tabel 2. Factorladingen van de 36 items¹ van het patiëntendeel van de KWAZOP (n = 109)

Items	factorladingen			
	f ₁	f ₂	f ₃	f ₄
– serieus nemen van vragen door arts	0,74			
– gelegenheid problemen te verhelderen aan arts	0,73			
– bereikbaarheid arts	0,72		0,33	
– tijd voor gesprek met arts	0,71		0,33	
– begrip van arts voor klachten/problemen	0,68	0,31		
– informatie over klachten/problemen	0,68			
– nakomen van afspraken door arts	0,55			
– overleg over benodigde hulp/behandeling	0,50		0,43	
– aandacht voor lichamelijke gezondheid	0,45			
– informatie over hulp na de gesloten afdeling	0,43			
– informatie over (bij)werking(en) medicijnen	0,28			
– belangstelling van begeleider voor persoon		0,72		
– tijd voor gesprek met begeleider		0,69		
– aanwezigheid verpleegkundige(n) in huiskamer	0,40	0,59		
– begrip van begeleider voor klachten/problemen	0,35	0,57		
– gelegenheid problemen te verhelderen aan begeleider		0,52	0,34	
– waardering continuïteit van begeleider(s)		0,50	0,33	
– aantal activiteiten op afdeling		0,48		
– informatie over welke begeleider		0,46		0,30
– continuïteit van begeleider(s)		0,44		
– stimulans tot activiteiten	0,35	0,43		
– privacy bij persoonlijk gesprek			0,61	
– begeleider op de hoogte van gemaakte afspraken			0,57	
– ongestoord bezoek ontvangen			0,56	0,36
– bereikbaarheid verpleegkundige		0,40	0,52	
– nakomen afspraken door begeleider			0,49	
– schone gemeenschappelijke ruimtes			0,45	
– onder begeleiding naar buiten			0,43	
– gelegenheid om op jezelf te zijn				0,67
– privacy in slaapkamer				0,64
– wegwijs op afdeling		0,36		0,55
– privacy bij lichamelijke verzorging				0,51
– informatie over afdelingsregels	0,41			0,50
– tot rust komen op afdeling			0,36	0,46
– soepele toepassing van afdelingsregels				0,37
– informatie over rechten				0,33

1 Items waarbij 20 procent of meer respondenten aangaven dat deze niet voor hem/haar van toepassing waren, werden niet in de factoranalyse meegenomen.

Tabel 3. Betrouwbaarheid van de subschalen van het patiëntendeel van de KWAZOP in termen van homogeniteit (Cronbachs alfa) en test-hertestbetrouwbaarheid (gewogen kappa en intraclass correlatie)

Items	indien item verwijderd (n = 109)	gewogen kappa (n = 30)	intraclass correlatie (n = 30)
<i>Subschaal 1: (medische) behandeling</i>	0,85 ¹		0,89
serieus nemen van vragen door arts	0,82	0,57	
gelegenheid problemen te verhelderen aan arts	0,81	0,68	
bereikbaarheid arts	0,81	0,74	
tijd voor gesprek met arts	0,82	0,76	
begrip van arts voor klachten/problemen	0,82	0,75	
informatie over klachten/problemen	0,83	0,62	
nakomen van afspraken door arts	0,83	0,78	
overleg over benodigde hulp/behandeling	0,83	0,70	
aandacht voor lichamelijke gezondheid	0,83	0,73	
informatie over hulp na de gesloten afdeling	0,85	0,61	
informatie over (bij)werking(en) medicijnen	0,85	0,76	
<i>Subschaal 2: verpleegkundige zorg</i>	0,78 ¹		0,80
belangstelling van begeleider voor persoon	0,73	0,63	
tijd voor gesprek met begeleider	0,73	0,46	
aanwezigheid verpleegkundige in huiskamer	0,74	0,47	
begrip van begeleider voor klachten/problemen	0,73	0,56	
gelegenheid problemen te verhelderen aan begeleider	0,74	0,64	
waardering continuïteit van begeleider(s)	0,74	0,68	
aantal activiteiten op afdeling	0,76	0,82	
informatie over welke begeleider	0,76	0,71	
continuïteit van begeleider(s)	0,77	0,63	
stimulans tot activiteiten	0,75	0,77	
<i>Subschaal 3: openheid en veiligheid in contact</i>	0,71 ¹		0,79
privacy bij persoonlijk gesprek	0,65	0,46	
begeleider op de hoogte van gemaakte afspraken	0,66	0,49	
ongestoord bezoek ontvangen	0,66	0,84	
bereikbaarheid verpleegkundige	0,66	0,39	
nakomen afspraken door verpleegkundige	0,67	1	
schone gemeenschappelijke ruimtes	0,68	0,80	
onder begeleiding naar buiten	0,69	0,49	
<i>Subschaal 4: privacy en vrijheid</i>	0,67 ¹		0,90
gelegenheid om op jezelf te zijn	0,61	0,73	
privacy in slaapkamer	0,61	0,71	
wegwijs op afdeling	0,63	0,86	
privacy bij lichamelijke verzorging	0,63	1	
informatie over afdelingsregels	0,63	0,79	
tot rust komen op afdeling	0,64	0,51	
soepele toepassing van afdelingsregels	0,64	0,69	
informatie over rechten	0,67	0,71	

1 Cronbachs alfa zonder items te verwijderen.

Tabel 4. Betrouwbaarheid van de facultatieve subschalen van het patiëntendeel van de KWAZOP in termen van homogeniteit (Cronbachs alfa)

Items	indien item verwijderd
<i>Betrokkenenschaal (n = 43)</i>	0,72 ¹
bereikbaarheid arts voor familie	0,58
informatie/voorlichting aan familie	0,70
betrokkenheid familie bij behandeling	0,68
mogelijkheid tot contact met familie	0,71
aandacht voor thuissituatie	0,62
<i>Dwangschaal (n = 45)</i>	0,70 ¹
uitleg reden van toepassing dwangmaatregel	0,70
afspraken over verder verloop dwangmaatregel	0,58
nakomen afspraken over toepassing dwangmaatregel	0,55
bejegening gedurende toepassing dwangmaatregel	0,66
evaluatie toepassing dwangmaatregel	0,77

1 Cronbachs alfa zonder items te verwijderen.

Validiteit patiëntendeel

Zesendertig van de 53 items bleken van toepassing voor 80 procent of meer van de betrokken patiënten. De met deze items uitgevoerde factoranalyse toonde dat de scores van de patiënten het best beschreven konden worden met een 4-factoroplossing (eigen waarde > 1,8; verklaarde variantie 42 procent). Zie tabel 2.

Op drie na laadden alle items > 0,40 op ten minste een van de vier factoren. Twee items laadden > 0,40 (0,41 en 0,43) op meer dan één factor. De gevonden factoren konden goed worden geïnterpreteerd. De items met een hoge lading op de eerste factor betroffen het werkterrein van de behandelaar, die op de tweede factor het werkterrein van de verpleegkundige. Items die hoog laadden op de derde factor verwezen naar betrouwbaarheid of veiligheid in contact. Het thema van de items hoog lading op de vierde factor kon privacy of vrijheid worden genoemd. Met de 4-factoroplossing werden vervolgens vier subschalen geconstrueerd.

Met 10 van de 17 items die voor minder dan 80 procent van de patiënten van toepassing waren, werden twee facultatieve subschalen geconstrueerd. Eén subschaal betrof de betrokkenheid van familie, partner of vriend(in) bij de opname (5 items) en één het toepassen van dwangmaatregelen (5 items).

Betrouwbaarheid patiëntendeel

Tabellen 3 en 4 geven een overzicht van de betrouwbaarheid van de vier kernsubschalen en de twee facultatieve subschalen in het patiëntendeel van de KWAZOP.

De (α -ondergrens van 0,70 werd door één subschaal niet gehaald (privacy/vrijheid: ($\alpha = 0,67$). Wanneer gekeken werd naar de (α -waarden van de subschalen nadat een item verwijderd was, bleken alle items van de vier kernsubschalen evenwichtig bij te dragen aan de betrouwbaarheid. Bij de facultatieve dwangschaal bleek bij verwijdering van het laatste item de (α -waarde te stijgen naar 0,77 (zie tabel 4).

Negen van de 36 kernitems waren gevoelig voor verandering in de test-hertestperiode ($\kappa < 0,61$). De ICC's van de vier schalen waren $> 0,78$.

Validiteit behandelaars en verpleegkundig deel

Tweeëntwintig van de 31 items bleken van toepassing voor 80 procent of meer van de respondenten. Bij de met deze items uitgevoerde factoranalyse bleek dat de data van de behandelaars en verpleegkundigen het best beschreven konden worden met een 4-factoroplossing (eigen waarde $> 1,9$; verklaarde variantie 46 procent). Zie tabel 5.

Op één na laadden alle items $> 0,40$ op ten minste een van de vier factoren. Twee items laadden $> 0,40$ op meer dan één factor. De items met een hoge lading op de eerste factor betroffen de continuïteit van zorg, de items die hoog laadden op de tweede factor betroffen het behandelplan en die op de derde factor het verpleegplan. Het thema van de items hoog ladend op de vierde factor was moeilijker te definiëren: De opname wordt geëvalueerd en er wordt beoordeeld of gestelde doelen bereikt zijn, tevens gaat het over het verpleegplan. Op grond van de 4-factoroplossing werden vervolgens vier subschalen geconstrueerd. Ten opzichte van hun plaats in de factoroplossing werden drie items ('behandelplan met patiënt besproken?', 'duidelijke taakverdeling disciplines?' en 'agressieve incidenten?') naar een andere subschaal verplaatst vanwege een hogere itemtotaalcorrelatie. Aan de subschaal die gebaseerd werd op de vierde factor werden twee items ('doelen uit verpleegplan bereikt?' en 'doelen uit behandelplan bereikt?') toegevoegd die niet in de factoranalyse meegenomen waren. Deze twee items waren op ruim 70 procent van de patiënten van toepassing en pasten inhoudelijk in de subschaal.

Tabel 5. Factorladingen van de 22 items¹ van het behandelaars en verpleegkundig deel van de KWAZOP (n = 89)

Items	factorladingen			
	f ₁	f ₂	f ₃	f ₄
- had de patiënt een vaste verpleegkundige?	0,80			
- is er een schriftelijk behandelplan?	0,71			
- na overplaatsing/ontslag dezelfde behandelaar?	0,62			
- na overplaatsing/ontslag dezelfde verpleegkundige?	0,55			
- behandelplan met patiënt besproken?	-0,55	0,33		
- meer collegiaal overleg?	0,55			
- meer specifieke kennis?	0,48			
- medische interventies of beleid geformuleerd?		0,84		
- behandeldoelen in plan?		0,80		
- evaluatie en bijstelling van behandelplan?		0,71		
- somatische problemen in behandelplan?		0,70		
- psychiatrische problemen in behandelplan?		0,51		
- interventies door verpleegkundige geformuleerd?	0,38		0,80	
- problemen van de patiënt geformuleerd?	0,47		0,72	
- doelen in het verpleegplan?	0,54		0,72	
- is er een schriftelijk verpleegplan?			0,67	
- duidelijke taakverdeling disciplines?			0,48	
- agressieve incidenten?			0,41	
- juiste opname-indicatie?				0,66
- evaluatie en bijstelling van verpleegplan?				0,57
- juiste opnameduur?				0,52
- verpleegplan met patiënt besproken?				0,36

¹ Items waarbij 20 procent of meer respondenten aangaven dat deze niet voor de betreffende patiënt van toepassing waren, werden niet in de factoranalyse meegenomen.

Betrouwbaarheid behandelaars en verpleegkundig deel

De schaalindeling van het behandelaars- en verpleegkundig deel van de KWAZOP met Cronbachs alfa's wordt weergegeven in tabel 6. Alle subschalen haalden de (α -ondergrens van 0,70. Op één na bleken alle items op evenwichtige wijze bij te dragen aan de betrouwbaarheid. Bij de subschaal verpleegplan bleek, na verwijdering van het laatste item, de α -waarde te stijgen van 0,86 naar 0,93.

Tabel 6. Betrouwbaarheid subschalen van het behandelaars- en verpleegkundig deel van de KWAZOP in termen van homogeniteit (Cronbachs alfa)

Items	indien item verwijderd
<i>Subschaal 1: continuïteit</i>	0,78 ¹
had de patiënt een vaste verpleegkundige?	0,70
is er een schriftelijk behandelplan?	0,73
na overplaatsing/ontslag dezelfde behandelaar?	0,73
na overplaatsing/ontslag dezelfde verpleegkundige?	0,75
meer collegiaal overleg?	0,75
meer specifieke kennis?	0,77
<i>Subschaal 2: behandelplan</i>	0,75 ¹
medische interventies of beleid geformuleerd?	0,65
behandeldoelen in plan?	0,63
evaluatie en bijstelling van plan?	0,69
somatische problemen in behandelplan?	0,71
psychiatrische problemen in behandelplan?	0,75
plan met patiënt besproken?	0,75
<i>Subschaal 3: verpleegplan</i>	0,86 ¹
interventies door verpleegkundige geformuleerd?	0,78
problemen van patiënt geformuleerd?	0,77
doelen in verpleegplan?	0,76
is er een schriftelijk verpleegplan?	0,93
<i>Subschaal 4: evaluatie opname/doeltreffendheid</i>	0,71 ¹
doelen uit verpleegplan bereikt?	0,59
doelen uit behandelplan bereikt?	0,64
duidelijke taakverdeling disciplines?	0,66
agressieve incidenten?	0,66
juiste opname-indicatie?	0,70
evaluatie en bijstelling verpleegplan?	0,69
juiste opnameduur?	0,70
verpleegplan met patiënt besproken?	0,63

¹ Cronbachs alfa zonder items te verwijderen.

BESCHOUWING

Onze doelstelling was het evalueren van de praktische toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van een door ons ontworpen instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling (KWAZOP). Op een gesloten afdeling is het risico groot dat ervaringen van patiënten onvoldoende worden terugge-

koppeld naar hulpverleners. Aan het begin van de opname wordt hun oordeel veelal beïnvloed door de (ernstige) psychiatrische symptomen, terwijl bij verbetering van de psychische toestand al snel overplaatsing of ontslag volgt. Wil een instrument bij een kwaliteitsbeoordeling van waarde zijn, dan moet het verantwoord meten en voor de gesloten opnameafdeling hanteerbaar en bruikbaar zijn.

De praktische toepasbaarheid van de KWAZOP is bemoedigend. Het merendeel van de betrokken patiënten (83 procent) bleek in staat met het instrument in een interview een bruikbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. De duur van het interview, ongeveer een halfuur, was aanvaardbaar. Wanneer we rekening houden met de patiënten die deelname weigerden, bedraagt het responspercentage 70 procent. Gezien de kenmerken van onze patiëntengroep en de respons bij patiëntsatistatieonderzoeken (Ruggeri, 1994) is dit acceptabel. Vergelijken we onze patiënten (tabel 1) met de landelijke populatie op gesloten psychiatrische opnameafdelingen (Nijssen en Schene, 1996), dan zijn er twee verschillen: ons percentage patiënten met een opleiding op HBO- of universitair niveau was hoger (95% BI 0,05-0,23), ook was het percentage patiënten met een stemmingsstoornis hoger (95% BI 0,03-0,29). In het vooronderzoek van Guiot (1997) werd een verband gelegd tussen opleidingsniveau en de mate waarin patiënten in staat waren een bruikbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. Het hoge percentage HBO- of universitair opgeleiden kan derhalve ons percentage patiënten met een bruikbaar kwaliteitsoordeel positief hebben beïnvloed.

Van hulpverleners vroeg het onderzoek een dagelijks alert zijn op mogelijke ontslagen of overplaatsingen: In een kort tijdbestek moest een patiënt die aan de inclusiecriteria voldeed, gevraagd worden voor deelname en bij toestemming moest een interview worden gepland. De behandelaar en verpleegkundig begeleider vulden dan hun vragenlijsten in. Soms lukte dat niet: 16 patiënten werden niet gevraagd en van behandelaars werden 12 lijsten niet retour ontvangen en van verpleegkundigen 10 lijsten. Het invullen op zich leverde geen problemen op.

De vragen zijn naar aanleiding van factoranalyses in diverse subschalen ingedeeld. De vier kernsubschalen van het patiëntendeel van de KWAZOP hebben betrekking op (medische) behandeling, verpleegkundige zorg, betrouwbaarheid/veiligheid in contact, en privacy/vrijheid. De facultatieve schalen van het patiëntendeel betreffen het toepassen van dwangmaatregelen en de betrokkenheid van familie, partner en/of vriend bij de opname. Het behandelaars- en verpleegkundig deel van de

KWAZOP werden bij de analyses samengevoegd, wat heeft geleid tot vier subschalen rond de thema's: continuïteit, behandelplan, verpleegplan en evaluatie van de opname of doeltreffendheid. De schaalindeling wordt ondersteund door de resultaten van ons vooronderzoek, waarin diverse belanghebbenden van de gesloten afdeling de kwaliteitscriteria hebben geordend (Nijssen e.a., 1997). Bij deze ordening werden eveneens de criteria ten aanzien van de behandeling en de begeleiding onderscheiden van kwaliteitseisen aan de gesloten opnameafdeling zelf, zoals privacy. Tevens werd daarbij een zogenaamde autonomiedimensie onderscheiden waarin de noodzaak van duidelijke afspraken tussen hulpverlener en patiënt werd onderstreept, naast het bieden van veiligheid door een goede bereikbaarheid van de hulpverlener en het, waar nodig, toepassen van dwangmaatregelen. Andere kwaliteitsaspecten die zowel in het vooronderzoek als bij de factoranalyse onderscheiden werden, zijn continuïteit, het behandelplan en doel-/indicatiestelling. Afgezien van enkele niet-patiëntgebonden kwaliteitscriteria voor de gesloten opnameafdeling (een schriftelijk behandelbeleid, supervisie van medewerkers) worden de kwaliteitscriteria uit ons vooronderzoek voldoende door de KWAZOP gedekt. Twee items van de KWAZOP over veiligheid die voor minder dan 80 procent van de patiënten van toepassing waren, zijn opnieuw geformuleerd omdat in ons vooronderzoek het thema veiligheid van alle betrokkenen hoge prioriteit kreeg. Het betreft vragen over mogelijke noodsituaties of overlast van medepatiënten en de opvang daarbij. Ook het item 'informatie over (bij)werking(en) medicijnen' kreeg hoge prioriteit bij patiënten in ons vooronderzoek en is om die reden ondanks de lage factorlading niet verwijderd maar geherformuleerd.

De betrouwbaarheid van de acht kernschalen en de twee facultatieve subschalen van de KWAZOP in termen van homogeniteit is redelijk. De α -ondergrens van 0,70 wordt alleen door de subschaal 'privacy/vrijheid' net niet gehaald (0,67). De test-hertestbetrouwbaarheid van de vier kernsubschalen van het patiëntendeel is bevredigend ($ICC > 0,78$).

Bij terugkoppeling van de bevindingen naar de betrokken afdelingen werden de resultaten door medewerkers herkenbaar en bruikbaar gevonden. Elke afdeling kreeg informatie over het percentage patiënten en hulpverleners dat een item positief, twijfelachtig of negatief had beoordeeld; daarbij kon de afdeling zelf bepalen welk percentage acceptabel was. Objectieve norm- of referentiewaarden ontbreken vooralsnog. Op basis van de in dit onderzoek verzamelde gegevens kunnen geen uit-

spraken worden gedaan over de representativiteit van de geïnterviewde patiëntengroep voor de gehele afdelingspopulatie. Daarvoor is informatie over de patiënten die niet aan het onderzoek hebben deelgenomen en de reden van non-respons vereist.

Naar aanleiding van bovenstaande bevindingen is de KWAZOP aangeboden aan (psychiatrische) ziekenhuizen in Nederland met als doel meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van de geboden zorg op gesloten opnameafdelingen vanuit het perspectief van patiënten en hulpverleners. De kwalitatief goede en minder goede aspecten van de zorg worden daartoe vastgelegd en de wenselijke veranderingen geïnventariseerd, zodat een afdeling tot verbetering van de kwaliteit van de zorg kan overgaan. Door een dertigtal ziekenhuizen is enthousiast gereageerd op een mogelijke kwaliteitstoetsing met de KWAZOP. Op 26 gesloten opnameafdelingen van 19 ziekenhuizen is de dataverzameling gestart¹. Toepassing van de KWAZOP op meerdere afdelingen maakt het mogelijk om eventuele variabiliteit in de zorg te onderzoeken. Daarbij wordt nagegaan of verschillen in kwaliteit van de zorg samenhangen met bepaalde organisatorische, personele of klinische kenmerken. Van non-respondenten wordt de reden van uitval en een beperkt aantal demografische variabelen vastgelegd. Om tot kwaliteitsnormen te komen, worden de kwaliteitsscores geaggregeerd. De bevindingen op de eigen afdeling kunnen daarmee beter op waarde worden geschat.

¹ Dit vervolgonderzoek wordt mogelijk gemaakt door een subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid.

Literatuur

- Cronbach L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16:297-334.
- Deyo R.A., Diehr P., Patrick D.L. Reproducibility and responsiveness of health status measures. Statistics and strategies for evaluation. *Controlled Clinical Trials* 1991;12:142s-158s.
- Guiot M. *Is de patiënt competent? De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten op de gesloten psychiatrische opnameafdeling*. Amsterdam, AMC/Universiteit van Amsterdam, 1997.
- Haan R. de, Limburg M., Schuling J., Broeshart J., Jonkers L., Zuylen P. van. Klinimetrische evaluatie van de Barthel-index, een maat voor beperkingen in het dagelijks functioneren. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1993;118:917-921.
- Koning Y.A., Perquin L.N.M. De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens een psychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1993;10: 691-701.

- Landis R.J., Koch G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-174.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H. Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Een onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996;5:497-510.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de, Gersons B.P.R. Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1997;11:1109-1123.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de. Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999;11:651-663.
- Nunnally J.C. *Psychometric Theory*. New York, McGraw Hill, 1994.
- Post I., Hooyer W. *Gids aan de omweg: hoe je gestoord kunt worden van goed bedoelde boodschappen, maar hoe ze ook kunnen leiden tot de ommekeer*. Assen, Dekker & van de Vegt, 1992.
- Ridder D. de. *Greep op kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services. The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994;29:212-227.
- Sterk P., Ridderbos P. Patiëntenfeedback in een psychiatrisch ziekenhuis. *Kwaliteit & Zorg* 1995;1:28-35.
- Trochim W.M.K. An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 1989;12:1-16.
- Veldhuyzen van Zanten S.J.O., Hijdra A. Onderzoek naar variatie tussen waarnemers met behulp van kappa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1988;132:199-202.

6

Doel van het artikel is een illustratie van het gebruik van de KWAZOP (Kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische Opnameafdeling) aan de hand van een kwaliteitstoetsing op de gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen. Met het instrument kunnen de kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg worden vastgesteld en teruggelinkt naar de afdeling waarna de wenselijke veranderingen kunnen worden geïventariseerd. De trend dat patiënten met toenemend ernstige problematiek steeds korter op de gesloten opnameafdeling verblijven, maakt een kwaliteitsbeoordeling extra relevant. Het instrument bestaat uit drie delen, een patiëntendeel dat in de vorm van een interview wordt afgenomen en een schriftelijke vragenlijst voor de behandelaar en één voor de verpleegkundig begeleider van de patiënt.

In de periode van februari tot augustus 1997 werden 132 patiënten geïnterviewd die van de gesloten opnameafdelingen van drie ziekenhuizen (Z1, Z2 en Z3) met ontslag gingen of werden overgeplaatst. Het kwaliteitsoordeel van 109 patiënten (Z1 41 patiënten, Z2 31 patiënten, Z3 37 patiënten) werd betrouwbaar bevonden. De behandelaars retourneerden 97 en verpleegkundig begeleiders 99 vragenlijsten.

De patiënten scoorden overwegend voldoende op de subschalen (medische behandeling en betrouwbaarheid/veiligheid en overwegend onvoldoende op de dwangschaal. Op subschaalniveau verschilden de patiëntenscores van de ziekenhuizen niet significant. De subschaalscores van behandelend artsen en verpleegkundig begeleiders van de drie ziekenhuizen verschilden significant voor continuïteit, verpleegplan en doeltreffendheid. De scores op itemniveau gaven inzicht in welke items aan de voldoende of onvoldoende subschaalscore hadden bijgedragen. Met deze gegevens kan tot een kwaliteitsverbetering worden overgegaan.

Bij terugkoppeling naar de ziekenhuizen werden de uitkomsten herkenbaar en bruikbaar bevonden. Objectieve norm- of referentiewaarden waartegen de subschaal- of itemscores kunnen worden afgezet, ontbreken vooralsnog. Momenteel vindt op een twintigtal gesloten opnameafdelingen een vergelijkbaar onderzoek plaats. Toepassing van de KWAZOP op grotere schaal maakt het mogelijk om tot kwaliteitsnormen te komen. Tevens kan worden nagegaan of verschillen in het kwaliteitsoordeel samenhangen met bepaalde organisatorische, personele of klinische kenmerken. Hiermee kunnen de bevindingen op de eigen afdeling meer op waarde worden geschat.

6 Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Een illustratie van het KWAZOP-instrument

INLEIDING

Opname op een gesloten afdeling is waarschijnlijk een van de meest stressvolle ervaringen voor mensen met psychiatrische problematiek (Morrison e.a., 1999). Veel klachten die de patiëntenvertrouwenspersonen bereiken, betreffen de gang van zaken op een gesloten opnameafdeling (Stichting PVP GGZ, 1998). Hulpverleners zouden zich vooral richten op het reduceren van symptomen en storend gedrag, en dan in het bijzonder met behulp van medicatie. Met patiënten zou te weinig overlegd worden en ze zouden te weinig gelegenheid krijgen om hun klachten en problemen duidelijk te maken (Janssen, 1995; Van Haaster en Vink, 1996).

Het organisatieprincipe waarbij patiënten met ernstige problematiek op één afdeling worden geconcentreerd, bepaalt voor een groot deel het beleid op een gesloten afdeling. Weliswaar wordt gestreefd naar substitutie van de klinische 24-uursopname, maar interventies bij acute en heftige psychiatrische crises gebeuren in Nederland in de regel op een gesloten opnameafdeling (Janssen, 1995). De mogelijkheden van ambulante zorg en deeltijdbehandeling, als alternatief voor een dergelijke opname, zijn nog niet volledig ontwikkeld. Teneinde tot een breed en samenhangend aanbod te komen, dienen de GGZ en andere zorgsectoren dan ook samen te werken op het gebied van wonen, arbeid, educatie, participatie en veiligheid (Schene en Henselmans, 1999).

Vooralsnog wijzen de cijfers niet op een duidelijke afname van de behoefte aan gesloten opnamebedden. Het aantal (gesloten) bedden is weliswaar verminderd en de opnameduur verkort, maar omgekeerd evenredig is de toename van het aantal (her)opnamen (Hezewijk, 1999). Er is een trend dat patiënten met toenemend ernstige problematiek steeds korter op een gesloten opnameafdeling verblijven (Nijssen en Schene, 1996). Sinds de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (1994) is bovendien het aantal onvrijwillige opnamen sterk gestegen; dit leidt tot een grote druk op de beschikbare intramurale capaciteit (Nijman e.a., 1999).

De stijging van het aantal onvrijwillige opnamen wordt, wat betreft

de Amsterdamse situatie, toegeschreven aan een complex van factoren (Janssen, 1998). In de eerste plaats de gebrekkige samenwerking tussen klinische, acute en ambulante psychiatrie hetgeen leidt tot onvoldoende continuïteit in de begeleiding. Daarnaast daalt de intensiteit van zorg in de ambulante GGZ, waardoor outreaching werk, ondersteuning van het sociale netwerk van cliënten en case-management onvoldoende mogelijk zijn. Dreigende crises worden niet altijd tijdig gesignaleerd, waardoor situaties kunnen escaleren en sneller aanleiding geven tot inbewaringstellingen (IBS). In de tweede plaats is de maatschappij met haar steeds verder voortschrijdende individualisering en verminderde tolerantie voor afwijkend gedrag eveneens verantwoordelijk voor de toename van het aantal onvrijwillige opnamen (Hemels, 1998).

Patiënten beleven een IBS als een traumatische en belastende maatregel die hen van de GGZ vervreemdt en hulpverleners geven aan dat het moeilijker is om met een gedwongen opgenomen cliënt een behandelrelatie op te bouwen. IBS'en lijken daarmee niet alleen voort te komen uit gebrek aan continuïteit van zorg, maar ook tot verdere discontinuïteit van zorg te leiden (Janssen, 1998). Vragen over de continuïteit rezen ook naar aanleiding van ons vooronderzoek, waarin een ongelijke spreiding van gesloten bedden over het land, het gebruik van wachtlijsten door gesloten afdelingen en het ontbreken van nazorg na de gesloten afdeling bevindingen waren (Nijssen en Schene, 1996). Andere kritische kanttekeningen die ten aanzien van de gesloten opnameafdelingen worden gemaakt, betreffen het restrictieve beleid, het therapeutisch milieu, de veiligheid, de informatievoorziening en de ruimtelijke faciliteiten (Broers en De Lange, 1996; Guiot, 1997; Nijman e.a., 1999).

Om de kwaliteit van de psychiatrische zorg op gesloten opnameafdelingen daadwerkelijk te kunnen beoordelen, hebben wij een nieuw instrument ontwikkeld, de KWAZOP (Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen). Verschillende belanghebbenden (patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, verzekeraars en inspecteurs) zijn hierbij betrokken (Nijssen e.a., 1997). De KWAZOP is klinimetrisch getoetst en goed toepasbaar gebleken (Nijssen e.a., 1999). Met het instrument kunnen de kwalitatief goede en minder goede aspecten van de zorg worden vastgelegd en de wenselijke veranderingen geïnventariseerd. In dit artikel wordt het gebruik van de KWAZOP nader geïllustreerd aan de hand van bevindingen op gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen.

OMSCHRIJVING KWAZOP

De KWAZOP bestaat uit drie onderdelen: een patiëntendeel, een deel voor de behandelaar en een deel voor de verpleegkundig begeleider van de patiënt. Het patiëntendeel wordt afgenomen in de vorm van een interview. Deze benadering maakt het mogelijk om de patiënt te helpen en geeft tevens inzicht in diens vermogen om een betrouwbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. De interviewer wordt getraind in het afnemen van het interview. Om sociaal wenselijke antwoorden zo veel als mogelijk te beperken, mag de interviewer niet bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn. Het patiëntendeel (50 items) is op grond van factoranalyse verdeeld in vier kernsubschalen, te weten (medische) behandeling, verpleegkundige zorg, betrouwbaarheid/veiligheid en privacy/vrijheid. Tevens omvat het patiëntendeel twee facultatieve schalen die betrekking hebben op de toepassing van dwangmaatregelen en betrokkenheid van familie, partner en/of vriend(in) bij de opname.

Het gedeelte voor de behandelaar en voor de verpleegkundig begeleider van de patiënt betreft schriftelijke vragenlijsten (respectievelijk 13 en 18 items) die, eveneens op grond van factoranalyse, vier subschalen omvatten over continuïteit van zorg, het behandelplan, het verpleegplan en de evaluatie van de opname of doeltreffendheid.

De vragen hebben gesloten antwoordcategorieën met drie opties: (a) onvoldoende/voldoende; (b) onvolledig/volledig; (c) altijd/nooit; (d) ja/nec. De betrouwbaarheid van de subschalen in termen van homogeniteit en test-hertestbetrouwbaarheid is goed (Nijssen e.a., 1999).

PATIËNTEN EN METHODEN

De onderzoeksgroep bestond uit patiënten afkomstig van drie psychiatrische ziekenhuizen die in de periode van februari tot augustus 1997 van de gesloten opnameafdelingen (vijf in totaal) met ontslag gingen of werden overgeplaatst. Inclusiecriteria waren: (a) een opname van meer dan drie dagen op de gesloten afdeling; (b) in staat zijn tot een vraaggesprek; (c) voldoende beheersing van de Nederlandse taal. De grens van drie dagen werd gehanteerd omdat het bij een kortere opname voor een patiënt niet mogelijk blijkt om de verschillende aspecten van de afdeling die in de vragenlijst aan de orde komen te beoordelen (Guiot, 1997).

Aan alle patiënten werd informed consent gevraagd en een aantal de-

mografische en klinische kenmerken (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, juridische status, psychiatrische voorgeschiedenis e.d.) werden vastgelegd.

Na het interview met de patiënt werd door de interviewer gescoord (4-puntsschaal) of het kwaliteitsoordeel betrouwbaar was. De interviewer baseerde zich daarbij op verschillende momenten tijdens het interview waar de patiënt gevraagd werd om voorbeelden bij of argumenten voor de score van zijn/haar keuze te geven. De behandelaar en de verpleegkundig begeleider werden verzocht hun gedeelte van de KWAZOP in te vullen.

Verschillen tussen de drie ziekenhuizen wat betreft patiëntkenmerken werden geanalyseerd met de α^2 -toets, evenals de univariate samenhang (associatie) tussen patiëntkenmerken en kwaliteitsoordeel (per KWAZOP-subschaal). Voor alle analyses werden patiëntkenmerken en subschaalscores gedichotomiseerd. Het afkappunt voor een voldoende beoordeling op de subschaal werd gebaseerd op de volgende criteria: minimaal de helft van de items van de subschaal moest een 3 (maximumscore) scoren én maximaal twee of drie items, afhankelijk van het aantal items per subschaal, mochten een 1 (minimumscore) scoren.

Op subschaalniveau werden vervolgens de kwaliteitscores van de ziekenhuizen multivariaat vergeleken met behulp van logistische regressie waarbij gecorrigeerd werd voor die patiëntkenmerken die in de univariate analyse samenhang vertoonden met het kwaliteitsoordeel ($p < 0,30$). De gecorrigeerde associaties tussen ziekenhuizen en kwaliteitsoordelen werden in odds ratios uitgedrukt (met 95 procent betrouwbaarheidsintervallen). Wat betreft de aard van de kwaliteitsverschillen werd voor elk ziekenhuis op itemniveau per KWAZOP-subschaal het percentage patiënten, behandelaars of verpleegkundig begeleiders berekend dat een item positief had gescoord.

RESULTATEN

In de onderzoeksperiode voldeden 171 patiënten uit de drie ziekenhuizen (z_1, z_2, z_3) aan de inclusiecriteria; 54 patiënten uit z_1 , 58 uit z_2 en 59 uit z_3 . Door haast bij ontslag/overplaatsing werden 16 patiënten (4 uit z_1 , 6 uit z_2 , 6 uit z_3) niet om medewerking gevraagd. Drieëntwintig van de 155 patiënten, 5 uit z_1 (10 procent), 10 uit z_2 (19 procent) en 8 uit z_3 (15 procent), weigerden om uiteenlopende redenen (niet in staat, niet geïnteresseerd, uit onvrede) aan het onderzoek deel te nemen. In totaal wer-

den 132 patiënten geïnterviewd. Van 109 patiënten (41 uit z1, 31 uit z2, 37 uit z3) werd het oordeel betrouwbaar bevonden. De demografische en klinische kenmerken van de drie patiëntengroepen worden samengevat in tabel 1.

Wat betreft woonsituatie, opleidingsniveau en opnameduur bleken de patiëntengroepen significant van elkaar af te wijken. Van z1 woonde de helft van de patiënten alleen, het merendeel was lager opgeleid en was meer dan 21 dagen opgenomen. Van z2 woonde het merendeel van de patiënten alleen, was hoger opgeleid en was 21 dagen of minder opgenomen. Van z3 woonden de meeste patiënten niet alleen, het opleidingsniveau was redelijk verdeeld, evenals de opnameduur. Van de 109 vragenlijsten voor de behandelaars en voor de verpleegkundig begeleiders van de patiënten werden respectievelijk 12 en 10 lijsten niet retour ontvangen.

Kwaliteitsscores KWAZOP op subschaalniveau

Per ziekenhuis worden de scores van patiënten, behandelaars en verpleegkundig begeleiders op subschaalniveau weergegeven in tabel 2. Het betreft hier de feitelijke scores, niet gecorrigeerd voor de geconstateerde verschillen in patiëntengroepen.

Vanuit de optiek van kwaliteitsverbetering laat tabel 2 zien dat in z1 het merendeel van de patiënten de onderdelen vrijheid/privacy en toepassing van dwangmaatregelen onvoldoende vond. In z2 beoordeelden eveneens meerdere patiënten de onderdelen vrijheid/privacy en toepassing van dwangmaatregelen onvoldoende. Daarbij werd door het merendeel van de behandelaars en verpleegkundig begeleiders de continuïteit van zorg en het verpleegplan onvoldoende gescoord. In z3 overheerste een onvoldoende score bij de onderdelen verpleegkundige zorg, de betrokkenenschaal, de toepassing van dwangmaatregelen, de continuïteit van zorg en het verpleegplan.

Voor het aantonen van mogelijk significante verschillen in kwaliteitsoordeel op subschaalniveau tussen de ziekenhuizen werd een logistische regressie gedaan waarbij per subschaal gecorrigeerd werd voor die patiëntkenmerken die bij de univariate analyses met het kwaliteitsoordeel samenhangen ($p < 0,30$). Onder aan tabel 3 worden per subschaal de patiëntkenmerken vermeld waarvoor gecorrigeerd werd.

Met betrekking tot de onderdelen continuïteit, verpleegplan en doeltreffendheid verschilden de kwaliteitsoordelen tussen de ziekenhuizen

Tabel 1. Vergelijking ondervraagde patiëntgroepen van drie ziekenhuizen (Z1, Z2, Z3) op demografische en klinische kenmerken (n = 109)

Patiëntkenmerken	Z1 (n=41) n (%)	Z2 (n=31) n (%)	Z3 (n=37) n (%)	p(χ^2-toets)
<i>Geslacht</i>				
– vrouw	19(46)	12(39)	19(51)	0,58
– man	22(54)	19(61)	18(49)	
<i>Leeftijd</i>				
– <38jaar	16(39)	19(61)	20(54)	0,15
– ≥38jaar	25(61)	12(39)	17(46)	
<i>Geboorteland/culturele achtergrond</i>				
– Nederland	33(80)	22(71)	28(76)	0,64
– ander land	8(20)	9(29)	9(24)	
<i>Woonsituatie</i>				
– alleenwonend	20(49)	18(58)	11(30)	0,05
– samenwonend	21(51)	13(42)	26(70)	
<i>Opleiding</i>				
– LO, LVO, LBO, MAVO	26(63)	7(23)	20(54)	<0,01
– MBO, HAVO, VWO, HBO, WO	15(37)	24(77)	17(46)	
<i>Diagnose</i>				
– psycho-organische stoornissen				0,23
– schizofrenie, schizofreniforme, schizoaffectieve, korte reactieve en paranoïde psychosen en psychosen NOS	16(52)	9(41)	17(65)	
– stemmingsstoornissen (uni- en bipolair)	15(48)	13(59)	9(35)	
– overige diagnoses				
<i>Juridische status</i>				
– vrijwillig	21(51)	16(52)	23(62)	0,56
– (deels)gedwongen	20(49)	15(48)	14(38)	
<i>Psychiatrische voorgeschiedenis</i>				
– eerste gesloten opname	22(54)	17(55)	22(59)	0,87
– eerder op gesloten afdeling opgenomen	19(46)	14(45)	15(41)	
<i>Opnameduur</i>				
– ≤21 dagen	15(37)	23(74)	17(46)	<0,01
– >21 dagen	26(63)	8(26)	20(54)	

Tabel 2. Ongecorrigeerde kwaliteitsscores KWAZOP op subschaalniveau per ziekenhuis (onvoldoende, voldoende)

		Z1 n (%)	Z2 n (%)	Z3 n (%)
<i>Patiëntendeel (kernsubschalen)</i>				
		(n=41)	(n=31)	(n=37)
(Medische) behandeling	onvold.	16 (39)	9 (29)	15 (40)
	vold.	25 (61)	22 (71)	22 (60)
Verpleegkundige zorg	onvold.	20 (49)	11 (36)	21 (57)
	vold.	21 (51)	20 (64)	16 (43)
Betrouwbaar-/veiligheid	onvold.	10 (24)	8 (26)	13 (35)
	vold.	31 (76)	23 (74)	24 (65)
Vrijheid/privacy	onvold.	25 (61)	17 (55)	15 (40)
	vold.	16 (39)	14 (45)	22 (60)
<i>Patiëntendeel (facultatieve subschalen)</i>				
		(n=32)	(n=25)	(n=27)
Betrokkenenschaal	onvold.	17 (53)	13 (52)	16 (59)
	vold.	15 (47)	12 (48)	11 (41)
		(n=18)	(n=19)	(n=8)
Dwangsschaal	onvold.	16 (89)	12 (63)	7 (88)
	vold.	2 (11)	7 (37)	1 (12)
<i>Behandelaars en verpleegkundig deel</i>				
		(n=36)	(n=24)	(n=29)
Continuïteit	onvold.	17 (47)	22 (92)	20 (69)
	vold.	19 (53)	2 (8)	9 (31)
Behandelplan	onvold.	9 (26)	9 (37)	8 (28)
	vold.	25 (74)	15 (63)	21 (72)
Verpleegplan	onvold.	8 (22)	20 (83)	17 (59)
	vold.	28 (78)	4 (17)	12 (41)
Doeltreffendheid	onvold.	11 (31)	1 (4)	16 (55)
	vold.	25 (69)	23 (96)	13 (45)

Tabel 3. Vergelijking ziekenhuizen op basis van subschaalscores KWAZOP met behulp van logistische regressie gecorrigeerd voor kenmerken* van de patiëntenpopulatie die samenhangen met het kwaliteitsoordeel ($p < 0,30$)

	Vergel. t.o.v. z1	Odds ratio (OR)	95% BI (OR)
(Medische) behandeling ¹	Z3	0,93	0,29 – 2,95
	Z2	1,28	0,38 – 4,24
Verpleegkundige zorg ²	Z3	0,67	0,26 – 1,76
	Z2	2,26	0,79 – 6,44
Betrouwbaar-/veiligheid ³	Z3	0,49	0,13 – 1,81
	Z2	0,35	0,09 – 1,41
Vrijheid/privacy ⁴	Z3	2,89	0,93 – 8,89
	Z2	1,64	0,51 – 5,29
Betrokkenenschaal ⁵	Z3	0,39	0,11 – 1,47
	Z2	1,63	0,40 – 6,67
Dwangschaal ⁶	Z3	1,29	0,04 – 46,08
	Z2	□	□
Continuïteit ⁷	Z3	0,18	0,04 – 0,81**
	Z2	0,03	0,003 – 0,30
Behandelplan ⁸	Z3	1,48	0,38 – 5,83
	Z2	0,51	0,11 – 2,37
Verpleegplan ⁹	Z3	0,11	0,02 – 0,60
	Z2	0,05	0,01 – 0,38
Doeltreffendheid ¹⁰	Z3	0,33	0,08 – 1,40
	Z2	14	1,45 – 135,8

* geslacht (a), leeftijd (b), culturele achtergrond (c), woonsituatie (d), opleiding (e), diagnose (f), juridische status (g), psychiatrische voorgeschiedenis (h), opnameduur (i)

** vetgedrukt: waarde 1 niet in betrouwbaarheidsinterval

□ aantal te klein voor analyses

- 1 gecorrigeerd voor d, f, g
- 2 gecorrigeerd voor a, b, f, g
- 3 gecorrigeerd voor a, c, f
- 4 gecorrigeerd voor a, c, d, f
- 5 gecorrigeerd voor d, g, i

- 6 gecorrigeerd voor d, g, h
- 7 gecorrigeerd voor e, h, i
- 8 gecorrigeerd voor d, g
- 9 gecorrigeerd voor b, e, f, g, i
- 10 gecorrigeerd voor a, d, i

significant (waarde 1 niet in het betrouwbaarheidsinterval van de odds ratio). In z1 was de kans op een voldoende beoordeling van de continuïteit en het verpleegplan significant groter dan in z2 en in z3. De kans op een voldoende beoordeling van de doeltreffendheid was in z2 significant groter dan in z1.

Kwaliteitsscores KWAZOP op itemniveau

Om meer inzicht te geven in de betekenis van een voldoende of een onvoldoende subschaalscore van een ziekenhuis worden in tabellen 4, 5 en 6 van elk item van de KWAZOP-subschalen het percentage patiënten, behandelaars of verpleegkundig begeleiders vermeld dat het item positief beoordeelde. Het betreft hier opnieuw de feitelijke scores, niet gecorrigeerd voor de geconstateerde verschillen in de patiëntengroepen.

Ondanks relatief positieve subschaalscores van z1 bij (medische) behandeling en betrouwbaarheid/veiligheid in contact scoorden de items bereikbaarheid van de behandelaar, aandacht voor lichamelijke gezondheid, informatie over (bij)werking(en) medicijnen en ongestoord bezoek ontvangen in deze subschalen relatief laag (< 60 procent). Door meer dan 50 procent van de patiënten werden de items privacy slaapkamer en tot rust komen op de afdeling als niet voldoende beoordeeld. In z2 scoorden in de subschaal (medische) behandeling de items over informatie relatief laag (< 60 procent). Bij het onderdeel verpleegkundige zorg vond meer dan 50 procent van de patiënten het aantal activiteiten op de gesloten afdeling, de aanwezigheid van verpleegkundigen in de huiskamer en de continuïteit van verpleegkundig begeleiders onvoldoende. De geringe continuïteit werd overigens niet door veel patiënten als onprettig ervaren (waardering continuïteit 74 procent). De overige laag (< 53 procent) scorende items hadden betrekking op het onderdeel privacy/vrijheid. In z3 bevonden de relatief laag scorende items zich met name in de subschalen medische behandeling en verpleegkundige zorg. De bereikbaarheid van de behandelaar en de items betreffende informatie en overleg over de behandeling werden door meer dan 40 procent van de patiënten onvoldoende beoordeeld. Dat gold eveneens voor de belangstelling van de verpleegkundig begeleiders voor de persoon en het begrip voor klachten en/of problemen van de patiënt. In z3 scoorden het aantal activiteiten op de gesloten afdeling, de aanwezigheid van verpleegkundigen in de huiskamer en de continuïteit van verpleegkundig begeleiders minder dan 50 procent.

Bij ongeveer driekwart van de patiënten in alledrie de ziekenhuizen was familie bij de opname op de gesloten afdeling betrokken (tabel 5). Aan de meeste patiënten werd echter niet uitdrukkelijk gevraagd of ze deze betrokkenheid wilden (z1: 44 procent, z2: 33 procent, z3: 30 procent). In z2 scoorde de informatie/voorlichting aan de familie relatief laag (54 procent), in z3 de aandacht voor de thuissituatie (52 procent).

Bij 45 patiënten werd eenmaal of meermalen een dwangmaatregel (separatie, afzondering, fixatie of gedwongen medicatie) toegepast: in z1 bij 18 patiënten (44 procent), in z2 bij 19 (61 procent) en in z3 bij 8 (22 procent). De items over de toepassing van dwangmaatregelen werden door de meeste patiënten niet voldoende gescoord. De toepassing van de dwangmaatregel werd ook meestal niet geëvalueerd. Een deel van de

Tabel 4. Percentage patiënten met positieve score op de items van patiëntendeel KWAZOP per ziekenhuis¹

Items	Voldoende/(bijna) altijd		
	%z1 (n=41)	%z2 (n=31)	%z3 (n=37)
<i>Subschaal 1: (medische) behandeling</i>			
serieus nemen van vragen door behandelaar	83	94	81
gelegenheid problemen te verhelderen aan behandelaar	71	87	62
bereikbaarheid behandelaar	59	77	54
tijd voor gesprek met behandelaar	71	81	65
begrip van behandelaar voor klachten/problemen	76	81	60
informatie over klachten/problemen	68	58	57
nakomen van afspraken door behandelaar	76	97	84
overleg over benodigde hulp/behandeling	61	61	57
aandacht voor lichamelijke gezondheid	51	87	73
informatie over hulp na de gesloten afdeling	66	52	57
informatie over (bij)werking(en) medicijnen	49	35	54
<i>Subschaal 2: verpleegkundige zorg</i>			
belangstelling van begeleider(s) voor persoon	80	77	54
tijd voor gesprek met begeleider(s)	83	77	70
aanwezigheid verpleegkundige(n) in huiskamer	66	42	35
begrip begeleider(s) voor klachten/problemen	76	77	59
gelegenheid problemen te verhelderen aan begeleider(s)	80	90	81
waardering continuïteit van begeleider(s)	73	74	65
aantal activiteiten op afdeling	61	26	24
informatie over welke begeleider(s)	56	77	86
continuïteit van begeleider(s)	51	45	49
stimulans tot activiteiten	83	74	60
ondersteuning bij lichamelijke verzorging	82 (n=17)	85 (n=5)	100 (n=11)

Subschaal 3: betrouwbaar-/veiligheid in contact

bereikbaarheid verpleegkundige(n)	78	93	70
nakomen afspraken door begeleider(s)	71	94	76
begeleider(s) op de hoogte van gemaakte afspraken	85	94	73
ongestoord bezoek ontvangen	49	60	83
gemeenschappelijke ruimtes schoon	73	64	60
onder begeleiding naar buiten	83	71	76
privacy bij persoonlijk gesprek	83	81	87
verpleegkundige(n) op tijd bij noodsituaties	93 (n=30)	96 (n=23)	85 (n=34)
bescherming tegen overlast medepatiënten	78 (n=31)	62 (n=24)	72 (n=25)

Subschaal 4: privacy/vrijheid

gelegenheid om op jezelf te zijn	56	45	84
privacy slaapkamer	39	48	89
privacy bij lichamelijke verzorging	73	90	92
tot rust komen op afdeling	44	52	68
wegwijs op afdeling	80	84	78
informatie over afdelingsregels	68	77	68
soepele toepassing van afdelingsregels	81	84	76
informatie over rechten	66	45	40

1 Vetgedrukt: itemscore > 80%, cursief: itemscore < 60%.

Tabel 5. Percentage patiënten met positieve score op de facultatieve items van patiëntendeel KWAZOP per ziekenhuis¹

Items	Voldoende/(bijna) altijd		
	%Z1	%Z2	%Z3
<i>Betrokkenenschaal</i>	(n=32)	(n=25)	(n=27)
bereikbaarheid behandelaar voor familie	78	85	69
informatie/voorlichting aan familie	61	54	74
overleg over betrokkenheid familie (% ja)	44	33	30
mogelijkheid tot contact met familie	83	93	94
aandacht voor thuissituatie	68	68	52
<i>Toepassing dwangmaatregelen</i>	(n=18)	(n=19)	(n=8)
uitleg reden van toepassing dwangmaatregel	33	44	20
afspraken over verder verloop dwangmaatregel	50	50	60
nakomen afspraken over toepassing dwangmaatregel	44	50	50
bejegening gedurende toepassing dwangmaatregel	50	67	60
evaluatie toepassing dwangmaatregel (% ja)	24	22	10
behoefte daaraan (% ja)	62	21	33

1 Vetgedrukt: itemscore > 80%; cursief: itemscore < 60%.

Tabel 6. Percentage hulpverleners met een positieve score op items behandelaars en verpleegkundig deel KWAZOP (n = 89)¹

Items	Voldoende/volledig/ja		
	%Z1 (n=36)	%Z1 (n=24)	%Z1 (n=29)
<i>Subschaal 1: continuïteit</i>			
had de patiënt een vaste verpleegkundige?	97	0	65
is er een schriftelijk behandelplan?	92	19	56
na overplaatsing/ontslag dezelfde behandelaar?	59	0	75
na overplaatsing/ontslag dezelfde verpleegkundige(n)?	56	0	0
voldoende collegiaal overleg mogelijk?	36	79	56
voldoende specifieke kennis?	56	87	69
informatie van laatste behandelaar?	94 (n=33)	80 (n=23)	95 (n=27)
gemeld aan patiënt?	78	92	67
informatie van familie?	56 (n=32)	56 (n=24)	65 (n=27)
gemeld aan patiënt?	89	90	94
kennisgemaakt op vervolgfdeling?	69 (n=13)	22 (n=23)	92 (n=12)
kennisgemaakt met volgende behandelaar?	50 (n=14)	27 (n=18)	0 (n=3)
<i>Subschaal 2: behandelplan</i>			
medische interventies of beleid geformuleerd?	71	75	79
behandeldoelen geformuleerd?	82	81	84
evaluatie en bijstelling van beleid/plan?	71	56	89
somatische problemen geformuleerd?	60 (n=31)	57 (n=22)	74 (n=27)
psychiatrische problemen geformuleerd?	97	94	85
beleid/plan met patiënt besproken?	79	77	50
<i>Subschaal 3: verpleegplan</i>			
is er een schriftelijk verpleegplan?	83	50	69
problemen van patiënt geformuleerd?	78	17	50
doelen voor patiënt geformuleerd?	78	17	36
interventies door verpleegkundige geformuleerd?	81	31	43
<i>Subschaal 4: evaluatie opname/doeltreffendheid</i>			
doelen uit verpleegplan bereikt?	64 (n=30)	92 (n=6)	64 (n=15)
doelen uit behandelplan bereikt?	70 (n=32)	96 (n=21)	59 (n=26)
duidelijke taakverdeling disciplines?	92	96	88
agressieve incidenten?	47	42	50
opvang agressieve incidenten?	94 (n=17)	87 (n=10)	80 (n=14)
evaluatie verpleegplan en bijstelling?	68 (n=29)	58 (n=11)	42 (n=20)
verpleegplan besproken met patiënt?	57 (n=29)	96 (n=11)	25 (n=20)
juiste opname-indicatie?	81	92	69
juiste opnameduur?	87	100	50

¹ Vetgedrukt: itemscore > 80%; cursief: itemscore < 60%.

patiënten (z1: 62 procent, z2: 21 procent, z3: 33 procent) had daar wel behoefte aan.

Per ziekenhuis worden de kwaliteitsscores van de hulpverleners weergegeven in tabel 6.

De subschaalscore continuïteit in z1 bleek met name negatief beïnvloed te worden doordat ruim 40 procent van de patiënten na overplaatsing/ontslag van de gesloten afdeling niet dezelfde behandelaar of verpleegkundige(n) behield en de helft van deze patiënten niet met de volgende behandelaar kennismaakte. Door meerdere verpleegkundigen werd daarbij aangegeven dat er niet altijd voldoende collegiaal overleg mogelijk was (36 procent) of voldoende specifieke kennis aanwezig was (56 procent). In z2 scoorden alle items van het verpleegplan en meerdere items met betrekking tot de continuïteit laag tot zeer laag (0-56 procent). Het behandelplan bleek bij meerdere (44 procent) patiënten niet geëvalueerd en bijgesteld te worden en somatische problemen werden bij 43 procent van de patiënten niet volledig geformuleerd. In z3 scoorden eveneens meerdere items met betrekking tot de continuïteit en het verpleegplan laag tot zeer laag. Daarnaast werd het behandelplan/-beleid bij 50 procent van de patiënten niet in voldoende mate besproken. De opnameduur werd bij 50 procent van de patiënten niet juist gevonden.

BESCHOUWING

Doel van het artikel is een illustratie van het gebruik van de KWAZOP (Kwaliteit van zorg op de gesloten psychiatrische opnameafdeling) aan de hand van een kwaliteitstoetsing op de gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen. De kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg werden vastgesteld en teruggekoppeld naar de afdeling, waarna wenselijke veranderingen konden worden geïnventariseerd. Het instrument bestaat uit drie delen, een patiëntendeel dat in de vorm van een interview wordt afgenomen en vragenlijsten die door de behandelaar en door de verpleegkundig begeleider van de patiënt worden ingevuld.

Juist op een gesloten opnameafdeling is het risico groot dat ervaringen van patiënten onvoldoende worden teruggekoppeld naar de hulpverleners. Immers, aan het begin van de opname wordt het patiëntenoordeel veelal beïnvloed door de (ernstige) psychiatrische symptomen. Wanneer bij verbetering van de psychische toestand een betrouwbare

kwaliteitsbeoordeling mogelijk is, wordt de patiënt al snel overgeplaatst of ontslagen.

Gedurende een half jaar werden op de gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen in principe alle patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria vóór ontslag of overplaatsing gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Door haast bij ontslag of overplaatsing werd 9 procent van de patiënten niet benaderd. Daarnaast weigerde 15 procent. Het merendeel (83 procent) van de betrokken patiënten bleek in staat met de KWAZOP een betrouwbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. Rekening houdend met weigeraars en patiënten die niet in staat waren mee te werken, is het responspercentage 70 procent. Gezien de kenmerken van de patiëntengroep en de responspercentages van vergelijkbare onderzoeken (Ruggeri, 1994) is dit acceptabel. Omdat van de niet-geïnterviewden en weigeraars geen gegevens bekend zijn, kunnen wij over de representativiteit van de geïnterviewde patiëntengroep voor de gehele afdelingspopulatie geen uitspraken doen.

De kwaliteitsscores op subschaalniveau tonen in eerste instantie per ziekenhuis of afdeling welke aspecten overwegend voldoende of onvoldoende worden gescoord. Voor een voldoende beoordeling op de KWAZOP-schaal stellen wij dat minimaal de helft van de items per schaal een maximumscore moet hebben en dat maximaal twee of drie items, afhankelijk van het aantal items per schaal, een minimumscore mag hebben. Na correctie voor verschillen in patiëntkenmerken kan in tweede instantie worden bepaald of afdelingen significant verschillen. Om daadwerkelijk tot kwaliteitsverbetering over te kunnen gaan, wordt vervolgens op itemniveau nagegaan welke items aan een voldoende of onvoldoende score hebben bijgedragen.

De patiënten scoorden overwegend voldoende op de subschalen (medische) behandeling en betrouwbaarheid/veiligheid en overwegend onvoldoende op de dwangschaal. Op subschaalniveau verschilden de patiëntscores van de ziekenhuizen niet significant. De subschaalscore voor verpleegkundige zorg tendeerde weliswaar lager in z3, onder andere werden binnen deze subschaal items als 'belangstelling van begeleiders voor de persoon' en 'begrip voor klachten en/of problemen' door patiënten relatief laag gewaardeerd. Verder tendeerde de subschaalscore voor privacy/vrijheid in z3 hoger omdat binnen deze subschaal onder andere items als 'privacy in de slaapkamer' en 'gelegenheid om op jezelf te zijn' door patiënten relatief hoog werden gewaardeerd.

De subschaalscores van behandelend artsen en verpleegkundig begeleiders van de drie ziekenhuizen verschilden significant voor continuïteit, verpleegplan en doeltreffendheid. z1 scoorde op alle subschalen overwegend positief, z2 scoorde vooral op continuïteit en verpleegplan negatief en z3 scoorde gemiddeld.

Bij terugkoppeling naar de ziekenhuizen werden de uitkomsten herkenbaar en bruikbaar bevonden. De voldoende subschaalscore voor het verpleegplan in z1 werd bij een eerste groepsoverleg toegeschreven aan een cursus methodiekontwikkeling voor verpleegkundigen, die eerder was gevolgd. Bij z2 werd het onvoldoende formuleren, evalueren en/of bijstellen van plannen deels geweten aan de snelle doorstroming. Grote wisselingen in het personeelsbestand, de inzet van uitzendkrachten en een recente verbouwing van de afdeling werden in z3 als beïnvloedende factoren genoemd bij de scores op verpleegkundige zorg en vrijheid/privacy.

Vooralsnog ontbreken objectieve norm- of referentiewaarden waartegen de subschaal- of itemscores kunnen worden afgezet. Medewerkers bepalen zelf welke score zij aanvaardbaar achten en welke verbeteringen en acties wenselijk zijn. Momenteel wordt door ons op een twintigtal gesloten opnameafdelingen een vergelijkbaar onderzoek met de KWAZOP uitgevoerd.¹ Toepassing van het instrument op grotere schaal maakt het niet alleen mogelijk om de variabiliteit in de zorg te onderzoeken maar om tot kwaliteitsnormen te komen, kunnen kwaliteitsscores worden geaggregeerd. Tevens kan worden nagegaan of verschillen in het kwaliteitsoordeel samenhangen met bepaalde organisatorische, personele of klinische kenmerken. Aan de hand hiervan kunnen de bevindingen op de eigen afdeling meer op waarde worden geschat.

1 Dit vervolgonderzoek wordt mogelijk gemaakt door een subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid.

Literatuur

- Broers P.J.M., Lange J. de. *Agressie in de psychiatrie. Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen*. Utrecht, NcGv, 1966.
- Guiot M. *Is de patiënt competent? De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten op de gesloten psychiatrische opnameafdeling*. Amsterdam, AMC/Universiteit van Amsterdam, 1997.
- Haaster H. van, Vink M. *Crisishulpverlening in Amsterdam*. Utrecht, Stichting LPR, 1996.

- Hemels I. Sterke groei dwangopnamen. *Psy* 1998;8:10-13.
- Hezewijk W.J.M. *Over de herintegratie van de klinische en sociale psychiatrie*. Delft, Eburon, 1999.
- Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
- Janssen M. *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*. Utrecht, Trimbosinstituut, 1998.
- Morrison A.P., Bowe S, Larkin W, Nothard S. The psychological impact of psychiatric admission: some preliminary findings. *Journal of Nervous & Mental disease* 1999;4:50-53.
- Nijman H.L.I., Campo J.M.L.G. à, Ravelli D.P. Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999;41:103-107.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H. Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen; een onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996;5:497-510.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de. Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999;11:651-663.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de. Ontwikkeling en klinimetrische evaluatie van de KWAZOP: een kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor gesloten opnameafdelingen. *TSG, Tijdschrift Sociale Gezondheidswetenschappen*. Geaccepteerd voor publicatie, 1999.
- Nijssen Y.A.M., Schene A.H., Haan R.J. de, Gersons B.P.R. Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1996;11:1109-1123.
- Ridder D. de. *Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelder van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht, NcGv, 1991.
- Ruggeri M. Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1994;4(29):212-227.
- Schene A.H., Henselmans H.W.J. Psychiatrische rehabilitatie in Nederland en Vlaanderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;7/8:719-728.
- Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke gezondheidszorg. *Jaarverslag 1998*. Utrecht, Stichting PVP GGZ, 1999.
- Trochim W.M.K. An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 1989;12:1-16.



7

7 Algemene beschouwing

De aandacht voor kwaliteit van zorg is de laatste jaren toegenomen door de voortschrijdende professionalisering in de gezondheidszorg, een kritischer instelling van patiënten ten opzichte van de geboden zorg, en de relatieve schaarste van (financiële) middelen en voorzieningen. Een kritische evaluatie van de zorgverlening wordt als instrument gezien voor kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering (Harteloh en Casparie, 1994). In de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Ministerie van vws, 1996) wordt gesteld dat de instellingen daarvoor zelf criteria en normen moeten formuleren en aan systematische kwaliteitsbewaking moeten doen.

De doelstelling van dit proefschrift was het ontwikkelen van een instrument om de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen te beoordelen. Stapsgewijs is deze doelstelling bereikt. Allereerst is inzicht verkregen in de omvang en de organisatorische, personele en klinische kenmerken van gesloten opnameafdelingen in Nederland (hoofdstuk 2). Vervolgens zijn bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor de GGZ geïnventariseerd en geëvalueerd (hoofdstuk 3). Daarna is duidelijkheid verkregen over de eisen waaraan kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten opnameafdeling moet voldoen (hoofdstuk 4). Op basis daarvan is een nieuw instrument ontwikkeld, de KWAZOP, om de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen te kunnen beoordelen. Aan de hand van een kwaliteitstoetsing met de KWAZOP in drie psychiatrische ziekenhuizen is de praktische toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit geëvalueerd (hoofdstuk 5) en de praktische toepassing van de KWAZOP geïllustreerd (hoofdstuk 6). In dit laatste hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen beschouwd en aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

GESLOTEN PSYCHIATRISCHE OPNAMEAFDELINGEN

De gesloten opnameafdeling kan een onderdeel zijn van een categoriaal psychiatrisch ziekenhuis, een algemeen of een academisch ziekenhuis, maar is in de eerste plaats onderdeel van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ). In 1993 beschikten zelfs 24 van de 44 APZ'en over

meer dan één gesloten opnameafdeling. Een gesloten afdeling heeft gemiddeld 16 bedden, waar voornamelijk jongere patiënten worden opgenomen, meestal met een acute en/of ernstige psychotische stoornis of stemmingsstoornis. Van hen wordt twee derde verwezen vanuit de ambulante GGZ. Een op de vier patiënten wordt opgenomen met een juridische maatregel (inbewaringstelling of rechterlijke machtiging) en ruim de helft heeft een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis. De patiënten verblijven gemiddeld een maand op de afdeling en worden zonder uitzondering medicamenteus behandeld. Bijna 50 procent van hen wordt overgeplaatst naar een andere psychiatrische afdeling. Ongeveer 40 procent zet na ontslag het zorgtraject voort in de ambulante GGZ. Er lijkt sprake te zijn van een continuüm. Er zijn de vooral op symptoomreductie gerichte afdelingen waar de opnameduur kort is, waar, naast medicatie, weinig behandelactiviteiten plaatsvinden en de patiënten snel worden overgeplaatst naar vervolgafdelingen. Maar er zijn ook gesloten afdelingen met een langere opnameduur, waar het klimaat meer op behandeling of therapie is gericht en ook meerdere behandel- of therapievormen mogelijk zijn.

Op grond van het totaal aantal psychiatrische bedden (1484), de gemiddelde opnameduur en de bedbezetting kan worden geconcludeerd dat per jaar ongeveer een derde (17.500) van het totaal aantal psychiatrische opnamen plaatsvindt op gesloten opnameafdelingen. Dat impliceert dat ondanks het streven naar substitutie, in de zin van het voorkomen van opname of, indien geïndiceerd, een opname in de minst restrictieve omgeving, nog steeds een substantieel aantal GGZ-cliënten een gesloten bed krijgt aangeboden.

Uit ons onderzoek kwam naar voren dat er knelpunten zijn in de continuïteit van de zorg. Er is sprake van een ongelijke spreiding van gesloten bedden over het land, hetgeen leidt tot opname vanuit andere regio's, een soms haperende doorstroming van patiënten naar andere afdelingen en er zijn wachtlijsten. Daarbij krijgt het merendeel van de opgenomen patiënten na overplaatsing of ontslag een andere begeleider of behandelaar. Een deel van hen ontvangt helemaal geen nazorg.

De opkomst van zogenoemde multifunctionele eenheden (MFE's) in de GGZ moet hierin verbetering brengen. Deze eenheden worden gevormd vanuit een combinatie van een Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) en een APZ. Van de eerdergenoemde 44 APZ'en zijn er, in 1999, 24 gefuseerd; veelal betrof dit een fusie met een RIAGG of een beschermde woonvorm. De verwachting is

dat aan het eind van 2000, 35 van de 44 oorspronkelijke APZ'en gefuseerd zijn en dat in de jaren erna minstens 80 multifunctionele eenheden operationeel zullen zijn (Ravelli en Schrijvers, 1999). In deze MFE's moeten vloeiende overgangen tussen ambulante, klinische en deeltijd-behandeling mogelijk worden. Daarnaast zijn de doelstellingen extramuralisering, het voorkomen en bekorten van opname, flexibiliteit of wel zorg op maat en cliëntparticipatie (Janssen, 1995).

Het percentage gesloten bedden en separeers blijkt in de fusiegolf af te nemen, terwijl de opnameduur wordt verkort; echter omgekeerd evenredig is de toename van het aantal (her)opnamen (Staatstoezicht, 1998; Hezewijk, 1999). Het aandeel onvrijwillige opnamen neemt daarbij toe; in Amsterdam is tussen 1992 en 1996 het aantal dwangopnamen verdrievoudigd (Janssen, 1998). Op meerdere plaatsen leidt dit tot een tekort aan plaatsingsmogelijkheden voor acute interventie (Ravelli en Schrijvers, 1999; Brinkmann en Van Veen, 1999). Tevens lijken deze ontwikkelingen te leiden tot minder beschikbare behandelplaatsen voor vrijwillige (gemotiveerde) patiënten met ernstige (maar vaak ook effectief behandelbare) psychiatrische stoornissen. (Nijman e.a., 1999). De flexibiliteit en continuïteit van zorg wordt hiermee niet gediend. Bovendien komen het therapeutisch klimaat en de veiligheid op de gesloten afdelingen met het toenemend aantal onvrijwillige opnamen steeds meer onder druk te staan (Nijman e.a., 1995; Nijman e.a., 1996). De vraag is dan ook of de huidige fusie- en transmuraliseringsgolf het antwoord is op de actuele zorgbehoefte in de GGZ en of de kwaliteit van de zorg er daadwerkelijk op vooruitgaat.

Ten aanzien van een vervolgonderzoek naar de kwaliteit van zorg kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan. In de eerste plaats moet duidelijkheid komen over de gewenste aard en omvang van de opnamefunctie van de GGZ. Daarvoor is inzicht nodig in de (regionale) zorgvraag op basis van epidemiologische gegevens (Ravelli en Schrijvers, 1999; Provincie Noord-Holland, 1999), alsmede inzicht in de processen en factoren die een opname kunnen voorkómen dan wel bespoedigen. In de tweede plaats kan toepassing van de KWAZOP op grotere schaal inzicht geven in de kwalitatief goede en minder goede aspecten van gesloten opnameafdelingen, waarna wenselijke veranderingen kunnen worden voorgesteld. Een subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid heeft ons inmiddels de mogelijkheid geboden te starten met een vervolgonderzoek. Op dit moment is de KWAZOP op 21 gesloten opnameafdelingen toegepast. Gedurende ongeveer

een halfjaar zijn op elke afdeling alle patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden (opname van meer dan drie dagen, in staat zijn tot een vraaggesprek en voldoende beheersing van de Nederlandse taal), gevraagd voor een interview over de kwaliteit van de zorg op de afdeling. Ook de behandelaren en verpleegkundigen hebben de vragenlijsten ingevuld. Terugkoppeling van de resultaten per afdeling vindt momenteel plaats.

KWALITEITSASPECTEN

De relevante, te beoordelen kwaliteitsaspecten voor gesloten afdelingen hebben we vastgesteld op basis van een evaluatie van bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten en met behulp van de methode concept-mapping; daarbij werden verschillende belanghebbende partijen betrokken.

Instellingen, onderzoeksinstituten, patiëntenorganisaties en de geneeskundige inspectie hebben de afgelopen jaren vele instrumenten ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te beoordelen. Bij de evaluatie daarvan hebben we ons beperkt tot Nederlandstalige instrumenten waarmee in ieder geval patiënten rechtstreeks en systematisch verschillende kwaliteitsaspecten van het zorgproces beoordelen. Tevens moesten de instrumenten daadwerkelijk in de praktijk zijn toegepast en psychometrisch zijn getoetst.

De door ons geselecteerde instrumenten zijn ontwikkeld voor een specifieke doelgroep of sector in de GGZ en hebben veelal betrekking op meerdere zorgaspecten. Wanneer we kijken naar de aspecten die in de instrumenten aan de orde komen, dan is de conclusie dat bejegening, informatie en inspraak ofwel aspecten van de hulpverleningsrelatie voor alle sectoren relevant worden gevonden. Bij de acute en ambulante voorzieningen in de GGZ wordt daarnaast vooral waarde gehecht aan toegankelijkheid, behandelbeleid (professionaliteit) en doeltreffendheid, bij de intramurale voorzieningen zijn dat ruimtelijke faciliteiten (privacy) en het dagprogramma of de tijdsbesteding. Voor de gesloten opnameafdeling gelden alle bovenstaande aspecten. Mede op basis van de concept-mapping hebben we aan de KWAZOP nog enkele kwaliteitsaspecten toegevoegd, namelijk veiligheid, continuïteit, toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en betrokkenheid van familie en partner.

Bij evaluatie van de bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten

bleek verder dat verschillen tussen de kwaliteitsconcepten voor de verscheidene sectoren vooral duidelijk worden wanneer naar de concrete invulling daarvan wordt gekeken. Zo wordt in de hulpverleningsrelatie bij de ambulante zorg als criterium gesteld dat 'de cliënt in de eerste gesprekken de gelegenheid krijgt om problemen duidelijk te maken' en dat 'de diepere achtergronden van problemen en gevoelens besproken worden'. Voor patiënten van een gesloten afdeling is de hulpverleningsrelatie ook van belang, echter in de eerste gesprekken blijken ze niet altijd in staat te zijn om hun problemen duidelijk te maken, terwijl in de acute fase van de ziekte meestal niet op de diepere achtergronden wordt ingegaan. Een ander voorbeeld is dat met het oog op professionaliteit in de ambulante zorg, scholing in systeembehandeling als criterium wordt gesteld; maar voor de gesloten opnameafdeling wordt, bij de concept-mapping, scholing in het omgaan met agressie genoemd.

De kwaliteitsaspecten die voor de gesloten opnameafdeling relevant zijn, blijken bij de concept-mapping door de belanghebbenden niet in gelijke mate gewaardeerd te worden. Zo krijgt het aspect veiligheid een relatief hoge prioriteit en het aspect privacy een relatief lage prioriteit. Ook zijn er tussen de belanghebbenden onderling verschillen: patiënten benadrukken het belang van informatie, inspraak en bejegening; hulpverleners daarentegen hechten vooral waarde aan de professionaliteit.

Voor de toekomst moeten we ons realiseren dat de nu relevant geachte kwaliteitsaspecten en prioriteiten voor de gesloten opnameafdeling niet dezelfde hoeven te blijven (Verbeek, 1996; Wensing, 1997). Met het invoeren van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst raken patiënten steeds beter op de hoogte van hun behandel- en verpleegplan. In de toekomst zouden ze hun prioriteiten hierdoor kunnen veranderen. De voortgaande ontwikkelingen in de GGZ in het kader van flexibiliteit, verscheidenheid en continuïteit zullen van de gesloten afdelingen aanpassingen blijven vragen. Zo zijn een aantal afdelingen onderdeel geworden van langdurige zorgcircuits voor chronisch psychiatrische patiënten. Deze patiënten hebben een vaste behandelaar of begeleider in de persoon van een 'casemanager', die ook bij opname op de gesloten afdeling voor een aantal zaken verantwoordelijk blijft. Omdat de kwaliteit van zorg in dat geval mede bepaald wordt door de samenwerking en de afstemming tussen de hulpverleners van de gesloten afdeling en de casemanager, dient overwogen te worden om het kwaliteitsconcept voor de gesloten opnameafdeling daarop aan te passen.

De huidige kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten bleken onvoldoende psychometrische kwaliteiten te hebben dan wel ongeschikt of inhoudelijk niet toereikend te zijn om toe te passen op gesloten opnameafdelingen. Dit was voor ons aanleiding om de KWAZOP te ontwikkelen. Het instrument bestaat uit drie onderdelen: één deel voor patiënten, één voor de behandelaar en één voor de verpleegkundig begeleider. Het patiëntendeel wordt afgenomen in de vorm van een interview. Deze benadering maakt het mogelijk om de patiënt te ondersteunen en geeft tevens inzicht in diens vermogen om een betrouwbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. De interviewer, getraind in het afnemen van het interview, mag niet bij de behandeling betrokken zijn, om sociaal wenselijke antwoorden zo veel als mogelijk te beperken.

Het patiëntendeel (50 items) is op grond van factoranalyse verdeeld in vier subschalen: (medische) behandeling, verpleegkundige zorg, betrouwbaarheid/veiligheid en privacy/vrijheid. Tevens omvat het patiëntendeel twee facultatieve schalen die betrekking hebben op het toepassen van dwangmaatregelen en op de betrokkenheid van familie en/of partner bij de opname. Het gedeelte voor de behandelaar en voor de verpleegkundig begeleider betreft schriftelijke vragenlijsten (13 en 18 items) die, eveneens op grond van factoranalyse, vier subschalen omvatten over continuïteit van zorg, behandelplan, verpleegplan en evaluatie van de opname of doeltreffendheid. De vragen hebben gesloten antwoordcategorieën met drie opties.

De homogeniteit van de acht subschalen en de twee facultatieve schalen van de KWAZOP is redelijk goed. De alfa-ondergrens van 0,70 wordt alleen door de subschaal privacy/vrijheid niet gehaald (0,67). De test-hertestbetrouwbaarheid van de vier subschalen van het patiëntendeel is voldoende (intraclasscorrelatie $> 0,78$). Ook de praktische toepasbaarheid van de KWAZOP is bemoedigend. Ongeveer 80 procent van de patiënten bleek in staat een betrouwbaar oordeel te geven over de kwaliteit van de zorg. De duur van het interview, ongeveer een halfuur, was aanvaardbaar en het invullen van de vragenlijsten door de hulpverleners leverde geen problemen op. Wel betekende de kwaliteitstoetsing een dagelijks alert zijn op mogelijke ontslagen of overplaatsingen van patiënten. In een kort tijdbestek moest een patiënt die aan de inclusiecriteria voldeed, gevraagd worden deel te nemen, en bij toestemming moest een interview worden gepland en vragenlijsten worden ingevuld, hetgeen niet in alle gevallen lukte.

Naar aanleiding van onze bevindingen kunnen een aantal suggesties ter verbetering van de KWAZOP worden gedaan. Om de betrouwbaarheid en inhoudelijke validiteit van de subschaal privacy/vrijheid te verhogen, dienen, met inachtneming van de concept-map, nog enkele items aan de schaal te worden toegevoegd. Tevens is een test-hertest-betrouwbaarheidsonderzoek van het gedeelte voor behandelaren en verpleegkundigen gewenst.

Een belangrijk punt wat betreft de praktische toepasbaarheid van het instrument is dat de drie gehanteerde inclusiecriteria (opname van meer dan drie dagen, in staat zijn tot een vraaggesprek, voldoende beheersing van de Nederlandse taal) tot gevolg hebben dat een aantal patiënten niet bij de kwaliteitsbeoordeling betrokken wordt. Zoals het zich in het momenteel uitgevoerde vervolgonderzoek laat aanzien kan dit aantal op afdelingen waar de opnameduur kort is en het percentage allochtone patiënten hoog, oplopen tot 50 procent van de overgeplaatste of ontslagen patiënten. Het criterium van een opname van meer dan drie dagen wordt gehanteerd omdat in ons vooronderzoek bleek dat het bij een kortere opname niet mogelijk was om alle afdelingsaspecten te beoordelen. Mogelijk is het zinvol om een beperkt aantal vragen aan deze groep voor te leggen en voor de allochtone patiënten een verantwoorde vertaling van de KWAZOP te gebruiken. Dit dient echter nader te worden onderzocht.

Het onderzoek met de KWAZOP op gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen maakte het mogelijk om kwaliteitsverschillen tussen afdelingen vast te stellen. Daarbij zij opgemerkt dat nog geen psychometrisch onderzoek is gedaan naar de responsiviteit van het instrument. Bovendien, als een tweede meting met de KWAZOP andere uitkomsten zou opleveren, dan moet het voor een afdeling duidelijk zijn of er werkelijk sprake is van een kwaliteitsverandering of van verschillen tussen patiëntengroepen die de kwaliteit hebben beoordeeld. Het onderzoek naar de relatie tussen het oordeel van patiënten en hun kenmerken in termen van demografie, persoonlijkheid, gezondheid en verwachtingen heeft vooralsnog geen eenduidige resultaten opgeleverd (Donker, 1996) en verdient dan ook nadere bestudering. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat onderzoek naar de processen en factoren die een kwaliteitsbeoordeling beïnvloeden gewenst is met het oog op een juiste interpretatie van de resultaten.

IMPLEMENTATIE EN KWALITEITSVERBETERING

De doelstelling van een kwaliteitstoetsing met de KWAZOP was inzicht krijgen in de kwaliteit van de geboden zorg op de gesloten opnameafdeling vanuit het perspectief van de patiënt én de hulpverlener. De kwaliteitsscores op subschaalniveau geven per gesloten opnameafdeling aan welke aspecten van zorg overwegend voldoende of onvoldoende worden beoordeeld. Het afkappunt voor een voldoende beoordeling op een KWAZOP-subschaal dient vooraf te worden vastgesteld. Wij bepaalden arbitrair dat minimaal de helft van de items per subschaal een maximumscore moest hebben en dat maximaal 2 of 3 items, afhankelijk van het aantal items per schaal, een minimumscore mochten hebben.

Gesloten opnameafdelingen kunnen op subschaalniveau onderling met elkaar worden vergeleken, vooropgesteld dat voor afdelingsgebonden verschillen in patiëntkenmerken statistisch wordt gecorrigeerd. Om daadwerkelijk tot kwaliteitsverbetering over te gaan, kan vervolgens op itemniveau per afdeling worden nagegaan welke items aan de voldoende of onvoldoende subschaalscore hebben bijgedragen.

Bij de terugkoppeling van de KWAZOP-informatie aan de afdelingen werden de uitkomsten herkenbaar en bruikbaar bevonden. Vooralsnog ontbreken echter referentiewaarden waartegen de subschaal- of itemscores kunnen worden afgezet. Momenteel bepalen medewerkers zelf welke score zij aanvaardbaar achten en welke verbeteringen en acties zij wenselijk vinden. Als onderdeel van ons vervolgonderzoek zullen we, aan de hand van de onderzoeksresultaten op de 21 gesloten afdelingen, geschikte referentiewaarden formuleren.

In de praktijk blijkt een instrument om de kwaliteit van zorg te beoordelen niet zonder meer te worden toegepast, ook al is het instrument empirisch onderbouwd en is de doelgroep bij de ontwikkeling ervan betrokken. Tevens blijkt terugkoppeling van kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg en het op basis daarvan vaststellen van wenselijke veranderingen niet altijd tot een kwaliteitsverbetering te leiden (Grol e.a., 1994). Het invoeren van een kwaliteitsbeoordelingsinstrument of het aanbrengen van veranderingen in de zorgverlening is een complex proces dat door uiteenlopende factoren wordt beïnvloed. Knelpunten hebben betrekking op kenmerken van de hulpverleners die het instrument gaan gebruiken of de veranderingen moeten doorvoeren, of op kenmerken van de setting waarin gewerkt wordt. Onderzoek is (en wordt) gedaan naar interventies of maatregelen die de implemen-

tatie van kwaliteitsinstrumenten en het veranderingsproces bevorderen (Grol, 1992; Ettema, 1993; Buntinx, 1992). Het meeste wordt verwacht van een combinatie van interventies die zo goed mogelijk aansluiten bij de knelpunten. Terugkoppeling van de resultaten van een kwaliteitsbeoordeling blijkt meer positieve effecten teweeg te brengen wanneer dit niet alleen schriftelijk, maar ook face-to-face plaatsvindt, in een veilige setting van een kleine groep van collega's, kort na de kwaliteitsbeoordeling (Grol e.a., 1994). Resultaten van vergelijkbare anderen blijken een goede stimulans te zijn om aan veranderingen te werken (Wensing, 1997). Opvallend is dat het effect van kwaliteitsbeoordelingen zelden wordt onderzocht of geëvalueerd. Mogelijk hangt dit samen met de eerdere constatering (hoofdstuk 3) dat het meestal bij een eenmalige kwaliteitsbeoordeling blijft. In navolging van de afspraken op de Leidschendamconferenties (hoofdstuk 1) moet een kwaliteitsbeoordeling door patiënten (en hulpverleners) dan ook onderdeel worden van een systematische kwaliteitsbewaking. Het invoeren van een kwaliteitssysteem vergt betrokkenheid en motivatie van alle medewerkers, waarbij we moeten beseffen dat kwaliteit in de gezondheidszorg in belangrijke mate afhangt van de kwaliteit van de interactie tussen de patiënt en de behandelaar of verpleegkundig begeleider (Walburg, 1997).

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de KWAZOP een geschikt instrument is om vanuit het perspectief van de patiënt én de hulpverlener tekortkomingen in de zorg op een gesloten psychiatrische opnameafdeling te signaleren. In de praktijk zal moeten blijken of hulpverleners na terugkoppeling van deze informatie genegen en in staat zijn om de kwaliteit van hun zorg daadwerkelijk te verbeteren.

Literatuur

- Brinkmann J., Veen P. van. Eindtijd van de Nederlandse APZ'en, reactie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;9: 928-931.
- Buntinx F. Reactions of doctors to various forms of feedback designed to improve the sampling quality of cervical smears. *Quality Assurance in Health Care* 1992;4: 161-166.
- Donker M. Satisfactie meer dan boekhouden? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1996;7:303-304.
- Ettema R. *Implementatie richtlijn ambulante compressietherapie*. Utrecht, CBO, 1993.
- Grol R. Implementing guidelines in general practice. *Quality in Health Care* 1992;1: 184-191.
- Grol R.P.T.M., Everdingen J.J.E. van, Casparie A.F. *Invoering van richtlijnen en verande-*

- ringen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
- Harteloh P.P.M., Casparie A.F. *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht, De Tijdstroom, 1994.
 - Hezewijk W. van. *Over de herintegratie van klinische en sociale psychiatrie, twee transmuraliseringsprojecten*. Proefschrift Katholieke Universiteit Brabant. Delft, Eburon, 1999.
 - Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ-onderzoek feitelijk gebruik APZ-bedden*. Den Haag, IGZ, 1998.
 - Janssen M. *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht, NcGv, 1995.
 - Janssen M. *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek 'Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam'*. Utrecht, Trimbosinstituut, 1998.
 - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Van uitspraken naar afspraken*. Utrecht, KNMG, 1990.
 - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Den Haag: Staatsblad nr. 80, 1996.
 - Nijman H.L.I., Allertz W.W.F., Campo J.M.L.G. à. *Agressie van patiënten. Een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1995;36:329-342.
 - Nijman H.L.I., Allertz W.W.F., Boogaard M. van de e.a. *Preventie van agressie*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1996;38:723-734.
 - Nijman H.L.I., Campo J.M.L.G. à, Ravelli D.P. *Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen*. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1999;2:103-106.
 - Provincie Noord-Holland. *Regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg. Startnotitie*. Haarlem, Provincie Noord-Holland, 1999.
 - Ravelli D.P., Schrijvers A.J.P. *Eindtijd van de Nederlandse APZ'en. Omvang, aard, aanleiding, doelen en gevolgen van de transmurale integratiegolf in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1993*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1999;5:490-504.
 - Verbeek G. *Het spel van kwaliteit en zorg*. Utrecht, Lemma bv, 1996.
 - Walburg J.A. *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer, Kluwer, 1997.
 - Wensing M.J.P. *Patients evaluate general practice; a method for assessing and improving care*. Proefschrift Universiteit Nijmegen, 1997.

Samenvatting

De aandacht voor de kwaliteit van de zorg is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen door de voortschrijdende professionalisering in de gezondheidszorg, een kritischer instelling van patiënten ten opzichte van de geboden zorg, en de relatieve schaarste van (financiële) middelen en voorzieningen. Een kritische evaluatie van de zorgverlening wordt als instrument gezien voor de bewaking en verbetering van de kwaliteit. In de Kwaliteitwet Zorginstellingen (1996) wordt gesteld dat de instellingen daarvoor zelf criteria en normen moeten formuleren en aan systematische kwaliteitsbewaking moeten doen.

Dit proefschrift gaat over kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Het verblijf op een gesloten afdeling is voor patiënten een zeer ingrijpende episode. De patiënt wordt binnen een restrictief afdelingsklimaat geconfronteerd met mede-patiënten die eveneens in de war zijn, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal. Hulpverleners op hun beurt worden geconfronteerd met een toenemend aantal heropnamen, dreiging van suïcide en agressieve incidenten hetgeen, gevoegd bij het streven naar een korte(re) opnameduur, een hoge werkdruk met zich meebrengt. Doordat bij opname de patiënt veelal in een ernstig verstoorde psychische toestand verkeert en een snelle overplaatsing of ontslag plaatsvindt bij verbetering van de toestand, geldt juist voor deze afdelingen het risico van onvoldoende terugkoppeling van patiëntervaringen naar hulpverleners. Structureel gebruik van een specifieke methode voor de bewaking en de bevordering van de kwaliteit van zorg is derhalve voor gesloten psychiatrische opnameafdelingen gewenst.

Het primaire doel van het onderzoek was het ontwikkelen van een instrument om de kwaliteit van de zorg op de gesloten afdeling te kunnen beoordelen en daarmee mogelijke knelpunten te identificeren. Stapsgewijs is aan deze doelstelling gewerkt, de bevindingen worden hier samengevat.

In Hoofdstuk 1 worden de achtergronden van het onderzoek geschetst. Kwaliteit wordt gedefinieerd als de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan vastgelegde of vanzelfsprekende eisen of behoeften. Geconstateerd wordt dat er verschillende perspectieven (zorgontvangers, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid) zijn op kwaliteit en dat afhankelijk van het perspectief andere eigenschappen of aspecten relevant gevonden worden. Landelijke initiatieven in het kader van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering van de betrokken partijen in de (geestelijke) gezondheidszorg worden beschreven. In het bijzonder wordt stilgestaan bij de veranderende rol van psychiatrische patiënten in de kwaliteitsdiscussie: de ervaringsdeskundigheid van patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wint aan legitimiteit. Twee kwaliteitsmodellen, het European Foundation for Quality Management Model en het Harmonisatiemodel voor Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector worden toegelicht. In beide modellen wordt hoge prioriteit gegeven aan het oordeel en de tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van de zorg. Wetenschappelijk onderzoek kan behulpzaam zijn door het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten en van betrouwbare kwaliteitsindicatoren.

In de GGZ is een veranderingsproces gaande dat streeft naar een betere afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod. Centraal bij de nieuwe GGZ-organisatie staat een betere

integratie van de psychiatrische patiënt in de samenleving door deconcentratie van psychiatrische ziekenhuizen en extramuralisering van zorg. Daarbij moeten psychiatrische opnamen zoveel mogelijk voorkomen worden en indien opname toch noodzakelijk is, moet deze kortdurend zijn en zo min mogelijk restrictief. Of de veranderingen de kwaliteit daadwerkelijk ten goede komen, is (vooralsnog) niet duidelijk. Kritiek is er op de wijze waarop de gesloten opnameafdelingen functioneren. Hulpverleners zouden zich met behulp van medicatie slechts richten op het reduceren van symptomen en storend gedrag. Met patiënten wordt te weinig overlegd en ze krijgen onvoldoende gelegenheid hun klachten en problemen te verduidelijken. Er is weinig onderzoek verricht naar de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen en een betrouwbaar instrument om de kwaliteit van de zorg te kunnen beoordelen is niet beschikbaar. Daarbij ontbreekt een overzicht van de omvang en van bepaalde organisatorische, personele en klinische kenmerken van gesloten opnameafdelingen. Het hoofdstuk sluit af met de vraagstellingen van het in dit proefschrift gepresenteerde onderzoek.

Hoofdstuk 2 geeft op basis van een landelijk enquêteonderzoek een kwantitatief beeld van gesloten psychiatrische opnameafdelingen in Nederland. Naast inzicht in het aantal afdelingen, bedden capaciteit en bedbezetting wordt een overzicht gegeven van datgene wat er op gesloten afdelingen gebeurt, voor wie en door wie dat gebeurt en met welk doel. Op grond van het totaal aantal bedden (1484), gemiddelde opnameduur (een maand) en de bedbezetting (gemiddeld 96%) kon worden geconcludeerd dat per jaar ongeveer eenderde (17.500) van het totaal aantal psychiatrische opnamen plaatsvindt op gesloten opnameafdelingen. Dit betrof voornamelijk jongere patiënten met een acute en/of ernstige psychotische stoornis of stemmingsstoornis. Een van de vier patiënten werd opgenomen met een juridische maatregel en ruim de helft had een psychiatrische opname in de voorgeschiedenis. Er leek sprake van een continuüm met enerzijds vooral op symptoomreductie gerichte afdelingen waar, naast medicatie, weinig behandelactiviteiten plaatsvinden en de patiënten snel worden overgeplaatst naar vervolgafdelingen. Anderzijds waren er ook gesloten afdelingen met een langere opnameduur waar het klimaat meer op behandeling of therapie gericht is en ook meerdere vormen van behandeling of therapie mogelijk zijn. Knelpunten die met het oog op de kwaliteit van de zorg geïdentificeerd werden, hadden vooral betrekking op de continuïteit, het therapeutisch milieu en de ruimtelijke faciliteiten.

Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van twaalf Nederlandstalige instrumenten die in de afgelopen tien jaar in de GGZ ontwikkeld zijn voor het beoordelen van de kwaliteit van het zorgproces door patiënten. Onze inclusiecriteria waren dat het instrument in de praktijk was toegepast en (deels) psychometrisch was getoetst. Per instrument wordt besproken door wie het ontwikkeld was, op welke wijze en voor welke doelgroep of sector. De zorgaspecten waarop de instrumenten betrekking hebben, zijn geïnventariseerd en vergeleken. De beschikbare psychometrische informatie is beschreven.

Alle instrumenten zijn ontwikkeld voor een specifieke doelgroep of sector in de GGZ. Elf van de twaalf instrumenten hebben betrekking op meerdere zorgaspecten. Aspecten van de hulpverleningsrelatie, dat wil zeggen informatie, inspraak, bejegening, worden in alle sectoren belangrijk gevonden. In de acute en ambulante voorzieningen wordt daarbij vooral waarde gehecht aan behandeltechnische aspecten zoals deskundigheid en doeltreffendheid. Bij intramurale voorzieningen ligt ook nadruk op ruimtelijke aspecten en tijdsbesteding. Theoretische uitgangspunten over de wijze waarop het patiëntenoordeel tot stand komt, worden slechts een enkele maal verwerkt en van de meeste instrumenten ontbreekt relevante psychometrische informatie. Van implementatie in de dagelijkse

praktijk is nog weinig sprake, de instrumenten worden meestal eenmaal in het kader van een onderzoek toegepast. Onderlinge vergelijking tussen voorzieningen of sectoren wordt bemoeilijkt door inhoudelijke verschillen tussen de instrumenten. Onze conclusie is dat er, naast afdelings- of programmaspecifieke instrumenten, behoefte is aan een generieke vragenlijst die voor alle sectoren van de GGZ kan worden gebruikt. Hulpverleners kunnen daarmee aan de hand van het oordeel van patiënten de kwaliteit van de verleende zorg vergelijken en waar mogelijk verbeteren.

In Hoofdstuk 4 worden de eisen omschreven waaraan kwalitatief goede zorgverlening op een gesloten psychiatrische opnameafdeling moet voldoen. Met behulp van de methode concept-mapping werden de kwaliteitsopvattingen van patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, ziektekostenverzekeraars en geneeskundig inspecteurs geïnventariseerd. Op grond hiervan werden de aspecten van zorg bepaald die relevant zijn voor een kwaliteitsbeoordeling. Vervolgens werd door de verschillende betrokkenen het belang aangegeven dat zij aan die aspecten hechten voor de kwaliteit van de zorg.

Op basis van 97 kwaliteitsuitspraken is het concept kwaliteit van zorg voor de gesloten psychiatrische opnameafdelingen samengevat in twee kwaliteitsdimensies en elf kwaliteitsaspecten. De onderscheiden dimensies maakten duidelijk dat betrokkenen enerzijds de behandel-/begeleidingsfunctie van de opnameafdeling onderkennen, maar zich anderzijds realiseren dat patiënten daartoe op een gesloten afdeling moeten verblijven, hetgeen ingrijpende consequenties heeft voor de persoonlijke leefruimte. Naast het behandelen, begeleiden en het verblijf werd ook een 'beschermfunctie' van de gesloten opnameafdeling onderscheiden. Het waarborgen van veiligheid en het waar nodig toepassen van dwangmaatregelen werden als relevante aspecten van de afdeling erkend, naast aspecten als informatie en inspraak die juist de autonomie van de patiënt moeten bevorderen.

Wanneer we het kwaliteitsconcept vergelijken met de omschrijving van kwalitatief goede zorg in andere sectoren van de psychiatrie dan luidt de conclusie dat in meer algemene termen gesproken kan worden over 'de' kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Los van de sector gaat het blijkbaar om een aantal algemene aspecten die de kwaliteit van de zorg uitmaken. Daarnaast echter kent elke sector specifieke aspecten. Wanneer vervolgens naar de concrete invulling van de kwaliteitsaspecten wordt gekeken, dan komen de verschillen tussen de sectoren nog duidelijker tot uitdrukking. Op het feitelijke niveau van kwaliteitscriteria zal derhalve voor iedere sector (empirisch) bepaald moeten worden wat de bij de zorg betrokkenen voor een kwaliteitsbeoordeling relevant vinden.

De kwaliteitsaspecten die voor de gesloten opnameafdeling bepaald zijn, worden door de betrokkenen niet in gelijke mate van belang gevonden. Zo krijgt het aspect 'veiligheid' een relatief hoge en het aspect 'privacy' een relatief lage prioriteit. Daarbij worden tussen betrokkenen onderling prioriteitverschillen geconstateerd. Patiënten en familieleden hechten vooral belang aan de communicatie en de bejegening. Hulpverleners geven vooral de professionaliteit hoge prioriteit.

Omdat, naast de onzekerheden over de psychometrische kwaliteiten, de bestaande kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten ofwel inhoudelijk niet toereikend waren voor de gesloten opnameafdeling, ofwel ongeschikt werden bevonden voor de specifieke doelgroep, hebben wij een nieuw instrument ontwikkeld. In Hoofdstuk 5 worden de praktische toepasbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument, de KWAZOP (Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen), geëvalueerd. De KWAZOP bestaat uit drie onderdelen: één voor de patiënt, één voor de behandelaar en één voor de begeleidende verpleegkundige. Het patiëntendeel wordt afgenomen in de vorm van een interview, de andere delen zijn schriftelijke vragenlijsten. De vragen hebben gesloten antwoordcategorieën met drie opties.

Gedurende zes maanden werden 132 patiënten geïnterviewd die van de gesloten opnameafdelingen van drie psychiatrische ziekenhuizen met ontslag gingen of werden overgeplaatst. Het kwaliteitsoordeel van 109 patiënten (83%) werd bruikbaar bevonden. De duur van het interview, ongeveer een halfuur, was aanvaardbaar. De behandelaars en de verpleegkundigen retourneerden respectievelijk 97 en 99 vragenlijsten, het invullen duurde 5-10 minuten. Op basis van een factoranalyse werden de vragen voor patiënten (totaal 50 vragen) ingedeeld in vier kernsubschalen, te weten: (medische) behandeling, verpleegkundige zorg, betrouwbaarheid/-veiligheid in contact, privacy/vrijheid; en twee facultatieve subschalen, namelijk toepassing van dwangmaatregelen en betrokkenheid van familie/vriend(in) of partner. De vragen voor behandelaars en verpleegkundigen (respectievelijk 13 en 18 vragen) werden eveneens op basis van een factoranalyse ingedeeld in vier kernsubschalen, namelijk continuïteit, behandelplan, verpleegplan, evaluatie opname/doeltreffendheid. De betrouwbaarheid van alle subschalen in termen van homogeniteit en van de vier kernsubschalen voor patiënten in termen van test-hertestbetrouwbaarheid was bevredigend (Cronbachs alfa 0,67-0,86; Intraclass-correlatie 0,79-0,90).

In Hoofdstuk 6 wordt de toepassing van de KWAZOP nader toegelicht. Geïllustreerd wordt hoe met de KWAZOP de kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg worden vastgesteld en teruggekoppeld naar de afdeling, waarna de wenselijke veranderingen kunnen worden geïnventariseerd. De gegevens van de in Hoofdstuk 5 beschreven studie werden daartoe nader geanalyseerd. Het betrof het kwaliteitsoordeel van 109 patiënten, 97 vragenlijsten van behandelaars en 99 vragenlijsten van begeleidend verpleegkundigen van drie psychiatrische ziekenhuizen over een periode van een halfjaar.

De kwaliteitsscores op subschaalniveau tonen in eerste instantie per ziekenhuis of afdeling welke aspecten overwegend voldoende of onvoldoende worden gescoord. Voor een voldoende beoordeling op de KWAZOP-schaal stelden wij dat minimaal de helft van de items per schaal een maximumscore moest hebben; daarnaast mochten maximaal twee of drie items, afhankelijk van het aantal items per schaal, een minimumscore hebben. Na correctie voor verschillen in patiëntkenmerken kan in tweede instantie worden bepaald of afdelingen significant op de gescoorde kwaliteitsaspecten verschillen.

De patiënten van de betrokken ziekenhuizen scoorden overwegend voldoende op de subschalen (medische) behandeling en betrouwbaarheid/veiligheid, overwegend onvoldoende scoorden ze op de toepassing van dwangmaatregelen. Op subschaalniveau verschilden de patiëntscores van de ziekenhuizen niet significant. De subschaalscores van behandelaars en begeleidend verpleegkundigen van de drie ziekenhuizen verschilden daarentegen wel significant voor continuïteit, verpleegplan en doeltreffendheid. De scores op itemniveau gaven inzicht in welke items aan de voldoende of de onvoldoende subschaalscore hadden bijgedragen. Bij terugkoppeling van de bevindingen naar de ziekenhuizen werden de uitkomsten herkenbaar en bruikbaar gevonden.

In Hoofdstuk 7, de algemene beschouwing, worden de voornaamste onderzoeksbevindingen besproken en aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek. Het ontwikkelde instrument, de KWAZOP, is geconstrueerd op basis van een evaluatie van bestaande kwaliteitsbeoordelings-instrumenten en met behulp van de methode concept-mapping. Daarbij werden verschillende belanghebbende partijen betrokken. Als eerste stap in het valideringsproces werd een factoranalyse uitgevoerd op grond waarvan de vragen in subschalen werden ingedeeld. De betrouwbaarheid van de subschalen is bemoedigend. Bij toepassing in de praktijk blijkt de KWAZOP een geschikt instrument om vanuit het perspectief van de patiënt en de hulpverlener tekortkomingen in de zorg op een gesloten psychiatrische opnameafdeling te signaleren. Tevens blijkt het mogelijk om met de KWAZOP

kwaliteitsverschillen tussen afdelingen vast te stellen. Psychometrisch onderzoek naar de responsiviteit van het instrument is nog niet gedaan.

Sedert eind 1998 vindt met een subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid vervolgonderzoek plaats op 21 gesloten opnameafdelingen. Toepassing van de KWAZOP op grotere schaal maakt het niet alleen mogelijk om de variabiliteit in de zorg te onderzoeken, maar ook om referentiewaarden of kwaliteitsnormen te formuleren. Tevens kan worden nagegaan of verschillen in het kwaliteitsoordeel samenhangen met patiëntkenmerken of met bepaalde organisatorische, personele of klinische kenmerken van afdelingen. Aan de hand hiervan kunnen de bevindingen op de eigen afdeling beter op waarde worden geschat. In de praktijk zal moeten blijken of hulpverleners met de verkregen informatie bereid en in staat zijn om de kwaliteit van hun zorg daadwerkelijk te verbeteren.

Summary

The attention for the quality of care in the Netherlands has considerably intensified during the past years due to more professionalisation in health care, a more critical attitude of the patients and a relative shortness of resources and facilities. A critical evaluation of the offered care can be considered as a tool to monitor and improve quality of care. In a Dutch law on the quality of care ('Kwaliteitwet Zorginstellingen'), institutions have to determine the criteria for the quality and to implement a quality assurance system.

This thesis focuses on the quality of care in closed psychiatric admissionwards, a most stressful experience for the admitted patients. Within a restrictive environment they are faced with other patients who are also confused, afraid, lonely, aggressive, depressed or suicidal. Caregivers in their turn are confronted with an increase of re-admissions, threat of suicide and aggressive incidents which, in combination with the need to shorten the length of stay, leads to high working loads. Since the patients are in general in a very disturbed condition and are as soon as possible transferred after recover, it may well be possible that there is insufficient feedback of the patients to their caregivers. Therefore, a specific instrument was needed for the monitoring of quality assurance on closed psychiatric admissionwards.

The main objective of our research project was to develop an instrument to assess the quality of care on closed psychiatric admissionwards to identify bottlenecks. Step by step we outline the objective of our study and summarize the outcomes.

In Chapter 1, the background of the project is presented. Quality in this context is defined as the degree in which the whole of characteristics of a product, process or service meets the fixed or the implied requirements or needs. There are different perspectives on quality (consumers, caregivers, insurers and government), depending on the perspective specific characteristics or quality aspects are considered to be relevant. National initiatives from those perspectives to assure and improve the quality of (mental) health care are described. Specially the changing role of psychiatric patients in the quality of care discussion is highlighted: the expertise of patients in mental health care becomes more legitimate. Two quality models, the European Foundation for Quality Management and the Harmonization model for Quality assessment in Health Care, are presented. Both models give a high priority to the assessment of quality of care by patients and to the patient satisfaction. Scientific research is essential for the development and for the application of assessment instruments and quality indicators.

Mental health care is in a transformation process that aims at a better tuning between demand and offer. Central to the new mental health organization is an improved integration of psychiatric patients in the society, this can be reached by a dispersion of psychiatric hospitals over the country and by ambulatory care. Moreover a psychiatric admission must be prevented and, if inevitable, admission must be as short as possible and less restrictive. Whether these changes mean a quality improvement is not (yet) clear. Criticism particularly concerns the functioning of closed admissionwards. Caregivers are supposed to aim at the reduction of symptoms and disturbing behavior and mainly reach this goal by medication. The patients are not consulted and have insufficient opportunity to talk about their complaints and problems. Little research has been done about the quality of

care on closed psychiatric admissionwards and a reliable instrument to assess the quality is not yet available. Moreover, information about numbers and capacity of closed wards are not available, the same applies to characteristics about organization, patient population, staffing and treatment activities. Based on these data we formulated our research questions.

In Chapter 2 the outcomes are reported of a survey about the state of affairs on closed psychiatric admissionwards in the Netherlands. Next to insight into the number of wards and beds and the occupancy of the beds, an overview is given of the activities and the care objectives of the wards. Other points were: who were the caregivers and for whom do they care. Based on the total number of beds ($n=1484$), the mean length of stay (one month) and the occupancy of beds (on an average 96%) our conclusion was that annually about one-third (17,500) of the total number of psychiatric admissions is on closed wards. This mainly concerned younger patients with an acute or very serious psychotic disorder or affective disorder. One in every four patients was involuntarily admitted, one half had an earlier admission. There seemed to be a continuum with at one side closed wards aiming at reduction of symptoms by medication and a very short stay on the wards. At the other side there are closed wards where the patients stay longer and can receive various treatment modalities. Bottlenecks we observed were the continuity of care, the therapeutic environment and the facilities on the ward.

Chapter 3 presents an overview of twelve Dutch mental health care instruments, developed in the past ten years, for assessing the quality of care from the patients' point of view. These instruments met our inclusion criteria: at least in part, psychometrically tested and applied in mental health care. The instruments were evaluated with regard to the source (who is responsible for the design), target group and setting, domains of care and psychometric properties.

The studied instruments focus on specific mental health settings. All but one instrument measure various aspects of care. Relevant for all settings are aspects which refer to the relationship between the patient and the caregiver, such as information, participation and attitude. For acute and ambulatory care settings, aspects such as competence and effectiveness are also important. Clinical settings stress the importance of ward facilities and leisure activities.

Most instruments miss a theoretical basis and relevant psychometric information, and have not (yet) been implemented in the daily practice of mental health care; most instruments have only been applied in the framework of research activities. The design of the instruments differs, therefore adequate comparison between settings is not possible. Conclusion: apart from instruments for specific settings, a generic instrument is needed with adequate psychometric properties and suitable for all mental health settings. Such an instrument will enable caregivers to evaluate the quality of their care compared to other settings, in this way the quality of care can be further improved.

In Chapter 4, qualitative good care on closed psychiatric admissionwards is defined in terms of quality criteria. The Concept Mapping technique was used to verify the views of patients, family members, nurses, psychiatrists, health insurers and medical inspectors about items which they consider important for the quality of care. Guided by this inventory, we established a number of quality-relevant care aspects. Subsequently the participants graded their relevance about these aspects for the quality of care.

The quality of care concept for closed psychiatric admissionwards, based on 97 structured statements, was summarized in two quality dimensions and eleven quality domains.

The observed dimensions made clear that the participants recognize the function of treatment and care on the admissionwards, but also realize that patients have to stay behind closed doors. The latter has serious consequences for the privacy. Additionally, the participants stress the role of a 'guard function' of closed wards. The assurance of safety and, if indicated, use of compulsory measures are recognized as relevant aspects. This apart from aspects like information and patient participation which stress the importance of patients' autonomy.

When comparing this quality of care concept with descriptions of qualitative good care in other psychiatric settings, we conclude that it is feasible to draw up a general definition of quality in mental health care. In all settings certain general aspects seem to be important. However, every setting also emphasizes specific aspects. The divergence in the definitions of quality of care become more apparent if the aspects are tailored to concrete quality criteria. Therefore an empirical study is essential for every setting, i.e. studies which focus on the quality criteria and relevance for the parties involved.

The quality aspects which we assessed for the closed admission ward, are not considered to be equally important. The aspect of 'safety' has a relatively high priority whereas the aspect of 'privacy' has a relatively low priority. Furthermore, there are differences in priority between caregivers. Patients and family members stress the importance of communication and a respectable attitude. Caregivers in their turn emphasize personal expertise.

We developed a new instrument, because the current instruments for the assessment of quality of care were, apart from the uncertainties about the psychometric qualities, in respect to the content not adequate for closed admission wards or not suitable for this target group. Chapter 5 concerns the applicability, reliability and validity of the instrument, the KWAZOP, to assess the quality of care on closed psychiatric admissionwards. The KWAZOP consists of three parts: one for patients, one for the psychiatrist and one for the nurse. Patients assess the quality of care via an interview, the psychiatrist and nurse each complete a questionnaire. The questions have closed response sets which offer three options.

During a period of six months we interviewed 132 patients upon discharge or referral from closed admission wards of three Dutch psychiatric hospitals. 109 Interviews (83%) were reliable. The length of the interview, about half an hour, was acceptable. Psychiatrists returned 97 questionnaires and nurses 99. It took about 5-10 minutes to complete the forms. Based on factor analysis, the patient items (50 items) were grouped in four core subscales: (medical) treatment, nursing care, reliability/safety in contact, privacy/personal freedom; and two facultative subscales, that is use of compulsory measures and family involvement. Similarly, the items of psychiatrists and nurses (13 and 18 items) were grouped in four core subscales, that is continuity of care, treatment plan, nursing plan, and evaluation of admission period. The reliability of the subscales in terms of homogeneity and of the four core subscales of the patients' part in terms of test-retest reliability were encouraging (Cronbachs alpha 0.67-0.86; Interclass-correlation 0.97-0.90).

In Chapter 6 the application of the KWAZOP is elaborated. We illustrate that qualitative good and less good aspects of care can be determined and reported to the ward. Subsequently, suggestions for quality improvement can be made. For this purpose, the data of the study described in Chapter 5 were re-analyzed. This re-analysis concerned three psychiatric hospitals: 109 interviews with patients, 97 questionnaires of psychiatrists and 99 questionnaires of nurses.

At first, the subscale scores show per hospital or per ward which aspects have a sufficient score and which ones insufficient. For a sufficient score on the KWAZOP subscale minimal

half of the items needs a maximum score, additionally maximal two or three items, depending on the number of items per scale, may have a minimum score. After correction for differences in patient characteristics, it is possible to determine significant differences in quality of care between wards based on subscale scores.

The patients of the three participating hospitals assessed the subscales (medical) treatment and reliability/ safety predominantly as sufficient and scored the use of compulsory measures predominantly as insufficient. On subscale level there were no significant differences in patient scores between the hospitals. However the scale scores of the psychiatrists and nurses differed significantly on the themes: continuity of care, nursing plan and efficiency. The scores on item level showed which items accounted for sufficient or insufficient scale scores. The staff on the wards judged the outcomes realistic and useful.

In Chapter 7, the general discussion, the main results of the study are argued and recommendations are made for further research. The developed instrument, the *KWAZOP*, is based on an evaluation of existing instruments for the assessment of quality of care and by means of the Concept-Mapping method. Different parties, consumers, caregivers, insurers and government were involved in this study. The first step in the process of validating was factor analysis, followed by grouping of the items in subscales. The reliability of the subscales is encouraging. For daily practice, the *KWAZOP* is an appropriate instrument to signal shortcomings in care on closed psychiatric admission wards both from the perspective of patients and that of caregivers. Furthermore, it is possible to determine differences in the quality of care between wards. A psychometric study to investigate the responsiveness of the *KWAZOP* is not (yet) done.

Since the end of 1998 a follow-up study is in progress on 21 closed admission wards, and is funded by the Netherlands Fund Mental Health Care. Application of the *KWAZOP* on a wider scale not only enables us to investigate the variability in care, but also makes it possible to formulate referential values or quality norms. At the same time we can assess the association between differences in quality assessments and patient characteristics or certain organizational, personnel or clinical characteristics of a ward. With this information on hand the outcomes of the ward can be more properly judged by the caregivers. In practice remains to be seen whether caregivers are actually prepared and able to improve the quality of their care based on the obtained information.

Dankwoord

Graag wil ik een aantal personen danken voor de hulp en de steun die zij mij gaven bij het totstandkomen van dit proefschrift.

Allereerst zijn dit de patiënten, verpleegkundigen en behandelaren die ik dank voor hun medewerking aan verschillende fasen van het onderzoek. Hun ervaringen vormen de basis van het proefschrift.

De Raad van Bestuur van het Academisch Medisch Centrum, in het bijzonder prof.dr. N.A.M. Urbanus, heeft de ontwikkeling van het verpleegkundig onderzoek in het AMC krachtig ondersteund. De opleiding Klinische Epidemiologie Voor Verpleegkundigen (KEVV) is daar een voorbeeld van. Ik voel mij zeer bevoorrecht om als een van de eersten deze opleiding te hebben mogen volgen. Daarna heb ik de gelegenheid gekregen een promotieonderzoek te starten en heb daarvoor subsidie ontvangen. Mijn dank voor dit alles is groot.

Het promotieonderzoek werd uitgevoerd onder de deskundige en stimulerende leiding van prof.dr. A.H. Schene, prof.dr. R.J. de Haan en prof.dr. B.P.R. Gersons.

Beste Aart, ik ben je zeer dankbaar voor de wijze waarop je me door de jaren heen hebt begeleid, je hebt mij de ruimte gegeven om me als onderzoeker in de psychiatrie te ontwikkelen, vertrouwend op mijn kunnen. Daarnaast heb je vanuit je brede kennis van de psychiatrie vanaf het begin een duidelijk stempel gedrukt op de inhoud van dit proefschrift.

Beste Rob, je hebt me de eerste beginselen van de klinische epidemiologie bijgebracht en hebt gedurende het gehele traject de methodologische kwaliteit van het proefschrift bewaakt. Met je kritische vragen en opmerkingen heb je mijn denken aangescherpt en wanneer 'de puntjes op de i' gezet moesten worden, kon ik voor de volle 100% op je rekenen. Zeer veel dank daarvoor.

Beste Berthold, je hebt de grote lijn van het proefschrift nauwlettend in de gaten gehouden en me steeds op het hart gedrukt mijn verpleegkundige achtergrond niet te 'vergeten'. Je hebt me geregeld verrast met goede ideeën en adviezen die net weer uit een andere hoek kwamen dan die van Aart en Rob. Ik ben je zeer erkentelijk dat je als voorzitter van het toenmalige bestuur van de divisie Psychiatrie van het AMC het mede mogelijk hebt gemaakt dat ik met mijn promotieonderzoek kon starten en het ook mocht voltooien.

De andere leden van de promotiecommissie, prof.dr. G.A.M. van den Bos, prof.dr. W. van den Brink, prof.dr. M.C.H. Donker, prof.dr. C.M.A. Frederiks, prof.dr. N.S. Klazinga, prof.dr. G.F. Koerselman, wil ik dank zeggen voor het beoordelen van mijn proefschrift.

Mevrouw Dini Kok-Noorman wil ik bijzonder danken voor haar redactionele adviezen. Mijn 'wollig' taalgebruik werd daardoor aanmerkelijk leesbaarder. Verschillende collega's van de afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek van het AMC toonden in de afgelopen jaren hun hartelijke belangstelling. In het bijzonder wil ik noemen Rien de Vos en Robert Lindeboom, mijn collega's op het 'verpleegkundig' promotietraject.

Ook wil ik graag mijn collega's van het Psychiatrisch Centrum danken. Allereerst de mensen van de 'afgang': Bob van Wijngaarden, Barbara Schaefer en Peter Daniëls. Het was heerlijk om altijd maar weer bij jullie binnen te kunnen vallen met wat voor vraag of opmerking dan ook. Bob, dank voor het benutten van je onderzoekservaring, voor je gedichten en de drop. Barbara, fijn om m'n hart te kunnen luchten en dank voor alle potten thee. Peter, dank voor al je literatuurtips, het fluitje en 'pw-tm'. Dan de onderzoekers van 'zorgarrangementen': Karin Meijer, Luuk Wouters, Maarten Koeter. Veel dank voor het meedenken en meeleven. Karin, dank voor je bereidheid om maakt niet uit wat te doen. Luuk, zeer veel dank voor je hulp bij het bouwen van de database en voor de analyses; Maarten, dank voor je methodologische adviezen. Ook de vroegere onderzoekers van 'zorgarrangementen' zijn mij tot steun geweest, maar één wil ik hier vooral noemen: Chijs van Nieuwenhuizen. Chijs, onze discussies over kwaliteit van leven en zorg zijn voor mij zeer waardevol geweest. Dat de onderzoeksopzet van onze proefschriften duidelijke overeenkomsten had, was voor mij gezien mijn latere/langere tijdsplanning een groot voordeel. Dank dat je je onderzoekservaringen met mij hebt willen delen.

Ook de andere collega's van het Psychiatrisch Centrum wil ik dank zeggen voor hun hulp of belangstelling. Maar wanneer je zo'n 20 jaar in een organisatie als het AMC werkt, kun je helaas niet iedereen persoonlijk noemen, dus moet ik me beperken tot een paar: mijn collega's van de gesloten afdeling ben ik erkentelijk voor hun inzet bij het onderzoek, hun bereidheid om eigenlijk altijd mijn vragen te willen beantwoorden en dan ook nog mijn stagiaires te begeleiden op hun meeloopdag. De stagiaires van de faculteit Geneeskunde, Martijn Guiot en Eveline Resing, en van de faculteit Psychologie, Sandra Duin en Monique Spaans, wil ik danken voor hun bijdrage aan het onderzoek. Marianne Haages dank ik voor alle 'regelzaken' en in het bijzonder voor haar steun bij de organisatie van het symposium in het kader van dit proefschrift. Het secretariaat van Berthold dank ik voor het aanspreken van de voorraad en voor het lenen van de computer.

Lieve mam, (schoon)familie en vrienden. Dank voor jullie warme belangstelling en steun, ook wanneer ik langere tijd niets van me had laten horen. Lieve mam, aan u draag ik dit 'boekje' op omdat u altijd voor me klaar staat. Lieve Ton, jij bent degene die me attendeerde op de opleiding KVV, dit is nu het resultaat! Lieve Niels, door jouw omslag heeft het boekje een persoonlijk karakter gekregen. Dankjewel.

Lieve paranimfen: Lieve Els, je 'support' is in de afgelopen periode van onschatbare waarde geweest. Ik heb niet alleen je kwaliteiten als (ex-)uitgever mogen ervaren, maar ook je kwaliteiten als loopbaanbegeleider. Ooit stond je als 'grote' zus aan de basis van mijn keuze voor de opleiding tot verpleegkundige. Wie had gedacht dat we nog eens zo naast elkaar in de kerk zouden staan. Heel, heel veel dank. Lieve Udo, dank voor je wijze adviezen op meerdere momenten in mijn promotietraject. Onze discussies over kwaliteit van zorg heb ik zeer gewaardeerd, ik had me geen attenter en deskundiger discussiepartner kunnen wensen.

Lieve Willem, dit is het moment waarop promovendi schuld bekennen en beterschap beloven. Niet alleen vanwege dit proefschrift hebben we zware jaren achter de rug. Je hebt me altijd gewezen op de dingen die echt belangrijk zijn in het leven, ik zie er naar uit samen met jou, Fleur en Veerle daar weer meer tijd en vorm aan te geven.

Lieve Fleur en Veerle, samen met pappa zijn jullie de kern van mijn leven. Dagelijks ervaar ik wat een rijkdom dat is. Ik sluit met jullie woorden af: 'Weet je, mamma, laten we nootjes gaan zoeken in het bos.'

Curriculum vitae

Yolanda Nijssen werd geboren op 21 september 1961 te Velsen. Na het vwo begon zij in 1979 met de opleiding tot A-verpleegkundige in het toenmalige Binnengasthuis en Wilhelminagasthuis bij de Universiteit van Amsterdam. Daarna werkte zij als A-verpleegkundige op de afdeling Cardiopulmonale Chirurgie en op de Tienerafdeling van het Academisch Medisch Centrum (AMC). Van 1985-'87 volgde zij de opleiding tot B-verpleegkundige eveneens in het AMC, waarna zij werkzaam was als A/B-verpleegkundige op de gesloten opnameafdeling van het Psychiatrisch Centrum (tegenwoordig de gesloten afdeling van SPDC-Zuidoost van de MFO Psychiatrie AMC/De Meren). In 1990 behaalde ze haar propedeuse psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en begon in datzelfde jaar met de AMC-opleiding Klinische Epidemiologie Voor Verpleegkundigen (KEVV). Na deze opleiding startte zij in 1993 met haar promotieonderzoek als verpleegkundig onderzoeker in opleiding. Gedurende het promotietraject begeleidde zij onderzoeksstages van geneeskunde- en psychologiestudenten en was zij uurdocent aan de KEVV.

Met een subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid is zij vanaf 1998 belast met het vervolgonderzoek 'Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen: toetsen en verbeteren'. Sinds april 2000 is zij tevens wetenschappelijk medewerker bij de dienst Preventie Zorg en Onderzoek van De Meren, organisatie voor regionale, academische en forensische geestelijke gezondheidszorg. De Meren werkt samen met de afdeling Psychiatrie van het AMC in een vennootschap onder firma.

Appendix
KWAZOP: KWAliteit van Zorg op de gesloten
psychiatrische OPnameafdeling

© Y.A.M. Nijssen en A.H. Schene
Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam

ALGEMENE GEGEVENS

Ziekenhuis:

Afdeling:

Respondentnummer:

Datum interview:

Vóór of na overplaatsing / ontslag
(omcirkel wat van toepassing is)

Naam interviewer:

INTRODUCTIE, VOORAF AAN HET INTERVIEW

Om te beginnen wil ik u danken dat u wilt meewerken aan het onderzoek.

Indien nodig: introduceer jezelf (naam en functie)

In dit interview wil ik u vragen hoe u het verblijf op de gesloten opnameafdeling heeft ervaren.

De vragen die ik u wil voorleggen, hebben betrekking op de veiligheid en de mate van privacy op de afdeling, op het behandel- en dagprogramma, op het contact met behandelaars en begeleiders en of u bepaalde informatie wel/niet heeft gekregen. Bij elk van deze onderwerpen vraag ik u wat u ervan vond, of u er tevreden over bent of juist niet. Er zijn dus geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Het gaat om uw *mening en hoe u het heeft ervaren*.

Uw antwoorden worden anoniem gemaakt, dat wil zeggen dat u een respondentnummer krijgt, zodat de antwoorden niet in verband kunnen worden gebracht met uw naam of persoon. Met uw oordeel willen de medewerkers van de gesloten opnameafdeling de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Vooraf wil ik u enkele algemene vragen stellen, over uw leeftijd, opleiding, nationaliteit en dergelijke. Met deze informatie kan worden nagegaan of zowel van jongere als van oudere mensen de mening is gehoord, van mensen die eens eerder en mensen die nog nooit opgenomen zijn geweest, van mensen uit binnen- en buitenland. Met andere woorden, of de mening is gehoord van mensen met een verschillende achtergrond. Daarmee kan worden nagegaan of bepaalde groepen mensen (bijvoorbeeld de jongere of oudere mensen) meer of juist minder positief oordelen over de zorg op de gesloten opnameafdeling.

Informed consent ingevuld?

Heeft u voor we beginnen nog iets te vragen?

Noteer starttijd van het interview. ____

ALGEMENE VRAGEN

- 1 Geslacht
(niet vragen, omcirkel de juiste categorie)
- 2 Wat is uw leeftijd?
- 3a Welk onderwijs heeft u gevolgd?
(omcirkel welke van toepassing zijn)
- 3b Heeft u de hoogste opleiding
(noem deze) afgemaakt?
- 4a In welk land bent u geboren?
- 4b Met welke cultuur voelt u zich
het meest verbonden?
- 5 Wat is uw huidige woonsituatie?
- 1 Man
2 Vrouw
- ___ jaar
- 1 Geen / Buitengewoon onderwijs
2 Lager onderwijs
3 LVO, LBO, MULO, MAVO
4 MBO, HAVO
5 HBS, VWO
6 HBO
7 Universitair Onderwijs
o Anders, nl.
- 1 Ja
2 Nee, tot ___ opleidingsjaar
- 1 Nederland
2 Indonesië
3 Suriname
4 Antillen
5 Marokko
6 Turkije
7 (Voormalig) Joegoslavië
o Anders, nl. _____
- 1 Met de cultuur van mijn geboorteland
2 Anders, nl. met de _____ cultuur
- 1 Alleenwonend
2 Samenwonend met partner
3 Wonend met partner en kinderen
4 Wonend met kinderen
5 Wonend met ouder(s)
6 Wonend met andere familieleden
7 Wonend met anderen
8 Geen vaste woon- of verblijfplaats
o Anders, nl. _____

6a Wanneer bent u op de gesloten afdeling opgenomen?

___/___/___ (dag/maand/jaar)

6b Was u vrijwillig of gedwongen opgenomen?
(meerdere categorieën mogelijk)

- 1 Vrijwillig
- 2 Gedwongen, namelijk met:
 - 1 een Inbewaringstelling
 - 2 een Rechterlijke Machtiging
 - 3 anders, nl. _____

7 Bent u eerder in de psychiatrie opgenomen geweest?

- 1 ja
- 2 nee

7a Indien ja: Ook op een gesloten afdeling?

- 1 ja
- 2 nee

De eerste vragen over de gesloten opnameafdeling hebben betrekking op enige algemene informatie. Ik wil graag van u weten of u vindt dat u voldoende algemene informatie heeft gekregen over de gesloten afdeling. Meer specifieke informatie-vragen komen later aan de orde.

Wilt u uw oordeel uitdrukken in een score van onvoldoende of voldoende. Het kan ook zijn dat u twijfelt, dat u de informatie niet echt onvoldoende vond, maar ook niet echt voldoende. Het kan ook voorkomen dat een bepaalde vraag op u niet van toepassing is, dan kunt u dat aangeven. De keuzemogelijkheden heb ik voor u op een kaart gezet. Ik wil u nu vragen *antwoordkaart A* voor u te nemen.

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

ALGEMENE INFORMATIE

	antwoord-categorie (omcirkel)				
1 Bent u op de afdeling voldoende wegwijs gemaakt? (toilet, bad-, slaap-, huis-, telefoon-, medicijnkamer e.d.)	A	1	2	3	9
2 Heeft u voldoende informatie gekregen over de afdelingsregels? (dagindeling, huishoudelijke regels, bezoektijden, telefoongebruik e.d.)	A	1	2	3	9
3 Heeft u voldoende informatie gekregen over uw rechten als patiënt? (klachten- en ontslagprocedure, PVP, indien van toepassing: IBS of RM)	A	1	2	3	9

De volgende vragen die ik u wil voorleggen, hebben betrekking op ruimtelijke voorzieningen en de mate van privacy die u op de gesloten afdeling heeft ervaren. Wilt u opnieuw *antwoordkaart A* gebruiken?

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

RUIMTELIJKE VOORZIENINGEN/PRIVACY

	antwoord-categorie (omcirkel)			
1 Was er op de afdeling voldoende gelegenheid om, indien u dat wenste, op uzelf te zijn?	A	1	2	3
2 Bood uw slaapkamer voldoende privacy?	A	1	2	3
3 Werden de gemeenschappelijke ruimtes (toilet, badkamer, huiskamer, keuken) voldoende schoongehouden?	A	1	2	3
4 Had u bij uw lichamelijke verzorging voldoende privacy?	A	1	2	3
5 Had u bij een persoonlijk gesprek (met hulpverleners) voldoende privacy?	A	1	2	3
6 Was er op de afdeling voldoende gelegenheid om ongestoord bezoek te ontvangen?	A	1	2	3 9
7 Kon u op de afdeling voldoende tot rust komen	A	1	2	3

De volgende vragen gaan over de verpleegkundige zorg op de gesloten afdeling. Ik wil graag van u weten of u tevreden bent over de bereikbaarheid van de verpleegkundigen en over het contact op zich.

Bij een (groot) deel van de vragen rond dit thema verzoek ik u uw oordeel opnieuw uit te drukken in een score van onvoldoende/voldoende. Bij de eerste vijf vragen gaat het er echter om hoe vaak iets gebeurd is, waarbij u kunt kiezen uit een score van altijd tot nooit.

Wilt u daarom *antwoordkaart B* nu voor u nemen?

ANTWOORDCATEGORIE B

- 1 (bijna) nooit / zelden
- 2 soms niet / soms wel
- 3 meestal wel / (bijna) altijd
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE C

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

VERPLEEGKUNDIGE ZORG

	antwoord-categorie (omcirkel)				
1 Was er altijd een verpleegkundige bereikbaar?	B	1	2	3	
2 Werd u in de vroege en late dienst geïnformeerd over wie uw verpleegkundig begeleider was op die dag of avond?	B	1	2	3	
3 Had u vaak dezelfde begeleider?	B	1	2	3	
Vond u dat prettig?	C	1	2	3	
4 Nam de begeleider tijd voor een gesprek met u?	B	1	2	3	
5 Kwam de begeleider afspraken met u na?	B	1	2	3	9
6 Had de begeleider voldoende belangstelling voor u als persoon? (antwoordkaart A)	A	1	2	3	
7 Kreeg u in gesprek(ken) met de begeleider voldoende gelegenheid om uw klachten of problemen duidelijk te maken?	A	1	2	3	
8 Had de begeleider voldoende begrip voor uw klachten of problemen?	A	1	2	3	

Nu volgen nog enkele meer algemene vragen over de verpleegkundige zorg en het dagprogramma op de gesloten afdeling.
Wilt u weer *antwoordkaart A* voor u nemen?

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

VERPLEEGKUNDIGE ZORG EN DAGPROGRAMMA

	antwoord-categorie (omcirkel)				
9	Waren de verpleegkundigen voldoende aanwezig in de huiskamer?	A	1	2	3
10	Waren de dagelijkse begeleiders voldoende op de hoogte van de met u gemaakte afspraken?	A	1	2	3 9
11	Werden de afdelingsregels (dagindeling, huishoudelijke regels, bezoektijden, telefoongebruik e.d.) voldoende soepel toegepast?	A	1	2	3
12	Waren er voldoende activiteiten op de gesloten afdeling? (gesprekken, sport en/of spel, huishoudelijke activiteiten)	A	1	2	3
13	Werd u voldoende gestimuleerd om activiteiten te ondernemen?	A	1	2	3 9
14	Kreeg u voldoende ondersteuning bij uw lichamelijke verzorging?	A	1	2	3 9
15	Was het voldoende mogelijk om (onder begeleiding) naar buiten te gaan?	A	1	2	3 9

Nu volgen vragen over uw behandelend arts. Ik wil graag van u weten of u tevreden bent over de bereikbaarheid van de behandelend arts en over het contact op zich. Wilt u eerst *antwoordkaart B* voor u nemen?

ANTWOORDCATEGORIE B

- 1 (bijna) nooit / zelden
- 2 soms niet / soms wel
- 3 meestal wel / (bijna) altijd
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

MEDISCHE BEHANDELING

	antwoord-categorie (omcirkel)				
1 Was de behandelend arts bereikbaar voor u, als u hem/haar nodig had?	B	1	2	3	
2 Kwam de arts afspraken met u na?	B	1	2	3	9
3 Nam de arts uw vragen serieus?	B	1	2	3	9
4 Nam de arts voldoende tijd voor een gesprek met u, als u hem/haar nodig had? (antwoordkaart A)	A	1	2	3	
5 Kreeg u in gesprek(ken) met de arts voldoende gelegenheid om uw klachten of problemen duidelijk te maken?	A	1	2	3	
6 Had de arts voldoende begrip voor uw klachten of problemen?	A	1	2	3	
7 Heeft u voldoende informatie of uitleg gekregen over uw klachten of problemen?	A	1	2	3	9
8 Is er met u voldoende overleg gepleegd over de hulp of behandeling die u nodig had?	A	1	2	3	9
9 Indien u medicatie gebruikt: Heeft u voldoende informatie gekregen over de werking en bijwerking van de medicijnen?	A	1	2	3	9
10 Was er voldoende aandacht voor uw lichamelijke gezondheid?	A	1	2	3	9
11 Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandeling of hulp die u na de gesloten afdeling kunt krijgen? (open klinische behandeling, deeltijdbehandeling, ambulantly)	A	1	2	3	9

Was bij uw opname op de gesloten afdeling uw familie/partner/vriend(in) betrokken?

(omcirkel)

- | | |
|--|-------------------------------|
| 1 ja, dan wil ik u graag daarover enkele vragen voorleggen | → ga naar 'betrokkenenschaal' |
| 2 nee, dan slaan we die vragen over | → ga naar de volgende module |

ANTWOORDCATEGORIE C

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE B

- 1 (bijna) nooit / zelden
- 2 soms niet / soms wel
- 3 meestal wel / (bijna) altijd
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

BETROKKENENSCHAAL

antwoord-categorie (omcirkel) 9

1	Werd u gevraagd of uw familie/partner/vriend(in) bij de behandeling betrokken moest worden? (antwoordkaart C)	C	1	2	3	9
2	Was de arts bereikbaar voor uw familie/partner/vriend(in)? (antwoordkaart B)	B	1	2	3	9
3	Was de verpleegkundig begeleider bereikbaar/beschikbaar voor uw familie/partner/vriend(in)?	B	1	2	3	9
4	Is er vanuit de afdeling voldoende aandacht besteed aan informatie en voorlichting aan uw familie/partner/vriend(in)? (antwoordkaart A)	A	1	2	3	
5	Was het voldoende mogelijk om contact te onderhouden met familie/partner en/of vrienden?	A	1	2	3	
6	Was er voldoende aandacht voor uw thuissituatie?	A	1	2	3	9

De vragen die nu volgen, hebben betrekking op de veiligheid op de gesloten afdeling.
U heeft *antwoordkaarten C, B en A* nodig.

ANTWOORDCATEGORIE C

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE B

- 1 (bijna) nooit / zelden
- 2 soms niet / soms wel
- 3 meestal wel / (bijna) altijd
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

VEILIGHEID

		antwoord-categorie (omcirkel)			
1	Heeft u noodsituaties meegemaakt op de afdeling?	C	1	2	3
	Indien ja: Was de verpleging bij noodsituaties op tijd aanwezig?	B	1	2	3
2	Heeft u overlast ervaren van medepatiënten?	C	1	2	3
	Indien ja: Werd u voldoende beschermd tegen overlast van medepatiënten?	A	1	2	3

Zijn er tijdens uw opname op de gesloten afdeling dwangmaatregelen als separatie, afzondering, gedwongen medicatie of de band bij u toegepast?
(omcirkel)

- 1 ja, eenmaal → *ga verder met de module 'dwangmaatregel (A)' en antwoordkaart A*
- 2 ja, meermalen → *ga verder met de module 'dwangmaatregelen (B)' en antwoordkaart B*
- 3 nee → *ga door naar de afsluitende vragen*

ANTWOORDCATEGORIE A

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE B

- 1 bijna nooit / zelden
- 2 soms niet / soms wel
- 3 meestal wel / (bijna) altijd
- 9 niet van toepassing

ANTWOORDCATEGORIE C

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

DWANGMAATREGEL (A)

antwoord-categorie (omcirkel) 9

1	Kreeg u bij de toepassing van de dwangmaatregel voldoende uitleg over de reden van toepassing?	A	1	2	3	
2	Zijn er gedurende de toepassing van de dwangmaatregel afspraken met u gemaakt over het verdere verloop? Werden de afspraken nagekomen?	C	1	2	3	
		C	1	2	3	9
3	Bent u gedurende de toepassing van de dwangmaatregel op voldoende correcte wijze behandeld?	A	1	2	3	
4	Is er na afloop van de dwangmaatregel nog met u gesproken over hoe u het heeft ervaren? Indien nee: Had u daar wel behoefte aan?	C	1	2	3	
		C	1	2	3	9

DWANGMAATREGEL (B)

antwoord-categorie (omcirkel) 9

1	Kreeg u bij de toepassing van de dwangmaatregelen uitleg over de reden van toepassing?	B	1	2	3	
2	Zijn er gedurende de toepassing van de dwangmaatregelen afspraken met u gemaakt over het verdere verloop? Werden de afspraken nagekomen?	B	1	2	3	
		B	1	2	3	9
3	Bent u gedurende de toepassing van de dwangmaatregelen op een correcte wijze behandeld?	B	1	2	3	
4	Is er na afloop van de dwangmaatregelen nog met u gesproken over hoe u het heeft ervaren? Indien dat niet/nooit is gebeurd: Had u daar wel behoefte aan?	B	1	2	3	
		B	1	2	3	9

Tot slot wil ik u nog enkele meer algemene vragen voorleggen over hoe u uw opname op de gesloten afdeling heeft ervaren en dan sluiten we af met een aantal rapportcijfers (waarover ik u zo meteen uitleg zal geven).

In de vragenlijst is een aantal onderwerpen ter sprake gekomen. Ter afronding wil ik u vragen om uw oordeel over een aantal van deze onderwerpen uit te drukken in een rapportcijfer.

Leg uit waar de cijfers voor staan:

- 1 zeer slecht
- 2 slecht
- 3 zeer onvoldoende
- 4 onvoldoende
- 5 bijna voldoende
- 6 voldoende
- 7 ruim voldoende
- 8 goed
- 9 zeer goed
- 10 uitmuntend

AFSLUITENDE VRAGEN

- 1 Als u terugkijkt op uw verblijf op de gesloten afdeling, wat heeft u als positief ervaren?

- 2 Als u terugkijkt op uw verblijf op de gesloten afdeling, wat had er beter gekund?

Welk rapportcijfer geeft u voor *(noteer het gekozen cijfer)*:

- de ruimtelijke voorzieningen en de mate van privacy die u op de afdeling heeft ervaren? ____
- de bereikbaarheid van de behandelend arts? ____
- het contact met de behandelend arts? ____
- de bereikbaarheid van de verpleegkundigen? ____
- het contact met de verpleegkundigen? ____
- de veiligheid op de afdeling? ____

Over het geheel genomen:
Welk rapportcijfer geeft u de gesloten afdeling? ____

Met alle vragen die ik u gesteld heb proberen we een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de kwaliteit van de zorg op de gesloten afdeling, met als doel dat de zorg waar nodig verbeterd kan worden. Het kan echter zijn dat u bepaalde, voor u belangrijke, vragen of thema's heeft gemist. Als dit het geval is of als u nog andere opmerkingen of suggesties heeft voor de verbetering van de zorgverlening op de gesloten afdeling, wilt u die dan noemen?

Ik wil u heel hartelijk danken voor uw medewerking aan dit interview.

Noteer eindtijd van het interview ____

Vraag voor de interviewer:

Hoe betrouwbaar of onbetrouwbaar denkt u dat de antwoorden van de respondent waren?

- 1 *heel onbetrouwbaar*
- 2 *enigszins onbetrouwbaar*
- 3 *redelijk betrouwbaar*
- 4 *betrouwbaar*

VRAGEN VOOR DE BEHANDELEND ARTS

respondentnummer:

1a Is er met betrekking tot deze patiënt informatie verkregen van of ingewonnen bij de laatste of verwijzend behandelaar?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig
- 9 niet van toepassing

1b Indien er informatie is ingewonnen: Is dat aan de patiënt gemeld?

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

2a Is er informatie ingewonnen bij familie/partner of vrienden?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig
- 9 niet van toepassing

2b Indien er informatie is ingewonnen: Is dat aan de patiënt gemeld?

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

3 Heeft de patiënt gedurende zijn/haar opname op de gesloten afdeling een 'vaste' behandelaar gehad, die de behandeling coördineerde?

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja

4 Is er een behandelplan schriftelijk vastgelegd?

- 1 nee (*lees in dat geval bij vraag 5 en 8 'medisch dossier' in plaats van 'behandelplan'*)
- 2 ja

5a Zijn in het behandelplan/medisch dossier de somatische problemen van de patiënt geformuleerd?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig
- 4 niet van toepassing

5b Zijn in het behandelplan/medisch dossier de psychiatrische problemen van de patiënt geformuleerd?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig

5c Zijn in het behandelplan/medisch dossier de behandeldoelen geformuleerd?

- 1 nee (*sla in dat geval vraag 8 over*)
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig

5d Is/Zijn in het behandelplan/medisch dossier het behandelbeleid of medische interventies geformuleerd?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig

Indien er niet een behandelplan schriftelijk is vastgelegd (vraag 4) en er geen behandelbeleid of medische interventies geformuleerd zijn (vraag 5d) kan zowel vraag 6 als 7 worden overgeslagen.

6 Is het behandelplan/behandelbeleid gedurende de opname van de patiënt op de gesloten afdeling geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?

- 1 nee
- 2 ja, maar onvolledig
- 3 ja, redelijk volledig
- 9 niet van toepassing

7 Is de inhoud van het behandelplan/behandelbeleid in gesprek(ken) met de patiënt voldoende aan de orde gekomen?

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

8 Zijn bij deze patiënt de in het behandelplan/medisch dossier gestelde doelen (*vraag 5c*) voor de gesloten opnameafdeling in voldoende mate bereikt?

- 1 nee, onvoldoende
- 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
- 3 ja, voldoende
- 9 niet van toepassing

9a Houdt de patiënt na overplaatsing/ontslag (*omcirkel wat van toepassing is*) van de gesloten afdeling dezelfde behandelaar(s)?

- 1 nee
- 2 ja (*ga door naar vraag 10*)

9b Indien nee: Heeft de patiënt voor overplaatsing of ontslag van de gesloten afdeling kennisgemaakt met de volgende behandelaar?

- 1 nee
- 2 niet echt nee / niet echt ja
- 3 ja
- 9 niet van toepassing

10 Diagnose van de patiënt bij overplaatsing of ontslag volgens DSM-IV:

As 1: psychiatrische syndromen en V-codes:

As 2: persoonlijkheids- en ontwikkelingsstoornissen:

As 3: lichamelijke aandoeningen:

As 4: psychosociale stressoren:

As 5: niveau van functioneren (GAF 1-100):

huidig:

hoogste niveau gedurende laatste jaar:

11 In welke mate acht u de patiënt in staat om vragen te beantwoorden over de kwaliteit van de verleende zorg?

- 1 helemaal niet
- 2 matig
- 3 redelijk
- 4 goed

Opmerkingen/suggesties:

VRAGEN AAN DE VERPLEEGKUNDIGE

respondentnummer:

- 1 Heeft de patiënt gedurende zijn/haar opname op de gesloten afdeling een 'vaste' verpleegkundige gehad, die de zorg coördineerde?
 - 1 nee
 - 2 niet echt nee / niet echt ja
 - 3 ja

 - 2 Is er een verpleegplan schriftelijk vastgelegd?
 - 1 nee (*lees in dat geval bij vraag 3 en 6 'verpleegkundig dossier i.p.v. 'verpleegplan'*)
 - 2 ja

 - 3a Zijn in het verpleegplan/verpleegkundig dossier problemen van de patiënt geformuleerd?
 - 1 nee
 - 2 ja, maar onvolledig
 - 3 ja, redelijk volledig

 - 3b Zijn in het verpleegplan/verpleegkundig dossier doelen met betrekking tot de patiënt geformuleerd?
 - 1 nee (*sla in dat geval vraag 6 over*)
 - 2 ja, maar onvolledig
 - 3 ja, redelijk volledig

 - 3c Zijn in het verpleegplan/verpleegkundig dossier verpleegkundige interventies geformuleerd?
 - 1 nee
 - 2 ja, maar onvolledig
 - 3 ja, redelijk volledig
- Indien er geen verpleegplan schriftelijk is vastgelegd (vraag 2) kan zowel vraag 4 als 5 worden overgeslagen.*
- 4 Is het verpleegplan gedurende de opname geëvalueerd en zo nodig bijgesteld?
 - 1 nee
 - 2 ja, maar onvolledig
 - 3 ja, redelijk volledig
 - 9 niet van toepassing

- 5 Is de inhoud van het verpleegplan in gesprek(ken) met de patiënt voldoende aan de orde gekomen?
- 1 nee, onvoldoende
 - 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
 - 3 ja, voldoende
 - 9 niet van toepassing
- 6 Zijn bij deze patiënt de in het verpleegplan/verpleegkundig dossier geformuleerde doelen (*vraag 3b*) voor de gesloten opnameafdeling in voldoende mate bereikt?
- 1 nee, onvoldoende
 - 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
 - 3 ja, voldoende
 - 9 niet van toepassing
- 7 Houdt de patiënt na overplaatsing/ontslag (*omcirkel wat van toepassing is*) van de gesloten afdeling dezelfde verpleegkundig begeleider(s)?
- 1 nee
 - 2 ja
- 8 Indien de patiënt overgaat naar een andere afdeling: Heeft de patiënt voor overplaatsing van de gesloten afdeling voldoende kennisgemaakt op de vervolgafdeling?
- 1 nee, onvoldoende
 - 2 niet echt onvoldoende / niet echt voldoende
 - 3 ja, voldoende
 - 9 niet van toepassing
- 9 Was er tijdens de opname van de patiënt op de gesloten afdeling sprake van een duidelijke taakverdeling tussen de disciplines bij deze patiënt?
- 1 nee, in onvoldoende mate
 - 2 niet echt in onvoldoende mate / niet echt in voldoende mate
 - 3 ja, in voldoende mate
- 10 Is het voorgekomen dat u in de begeleiding van deze patiënt behoefte had aan meer overleg met collega's dan mogelijk was?
- 1 helemaal niet
 - 2 een enkele keer
 - 3 meerdere keren
 - 4 vaak
 - 5 voortdurend

11 Is het voorgekomen dat u in de begeleiding van deze patiënt behoefte had aan meer specifieke kennis dan ter beschikking was?

- 1 helemaal niet
- 2 een enkele keer
- 3 meerdere keren
- 4 vaak
- 5 voortdurend

12a Heeft zich in de begeleiding van deze patiënt een agressief incident voorgedaan?

- 1 helemaal niet (*ga door naar vraag 13*)
- 2 een enkele keer
- 3 meerdere keren
- 4 vaak
- 5 voortdurend

12b Is het voorgekomen dat een agressief incident bij deze patiënt niet adequaat kon worden opgevangen?

- 1 helemaal niet
- 2 een enkele keer
- 3 meerdere keren
- 4 vaak
- 5 voortdurend
- 9 niet van toepassing

13 Vond u deze patiënt in voldoende mate geïndiceerd voor de gesloten afdeling?

- 1 nee, in onvoldoende mate
- 2 niet echt in onvoldoende mate / niet echt in voldoende mate
- 3 ja, in voldoende mate

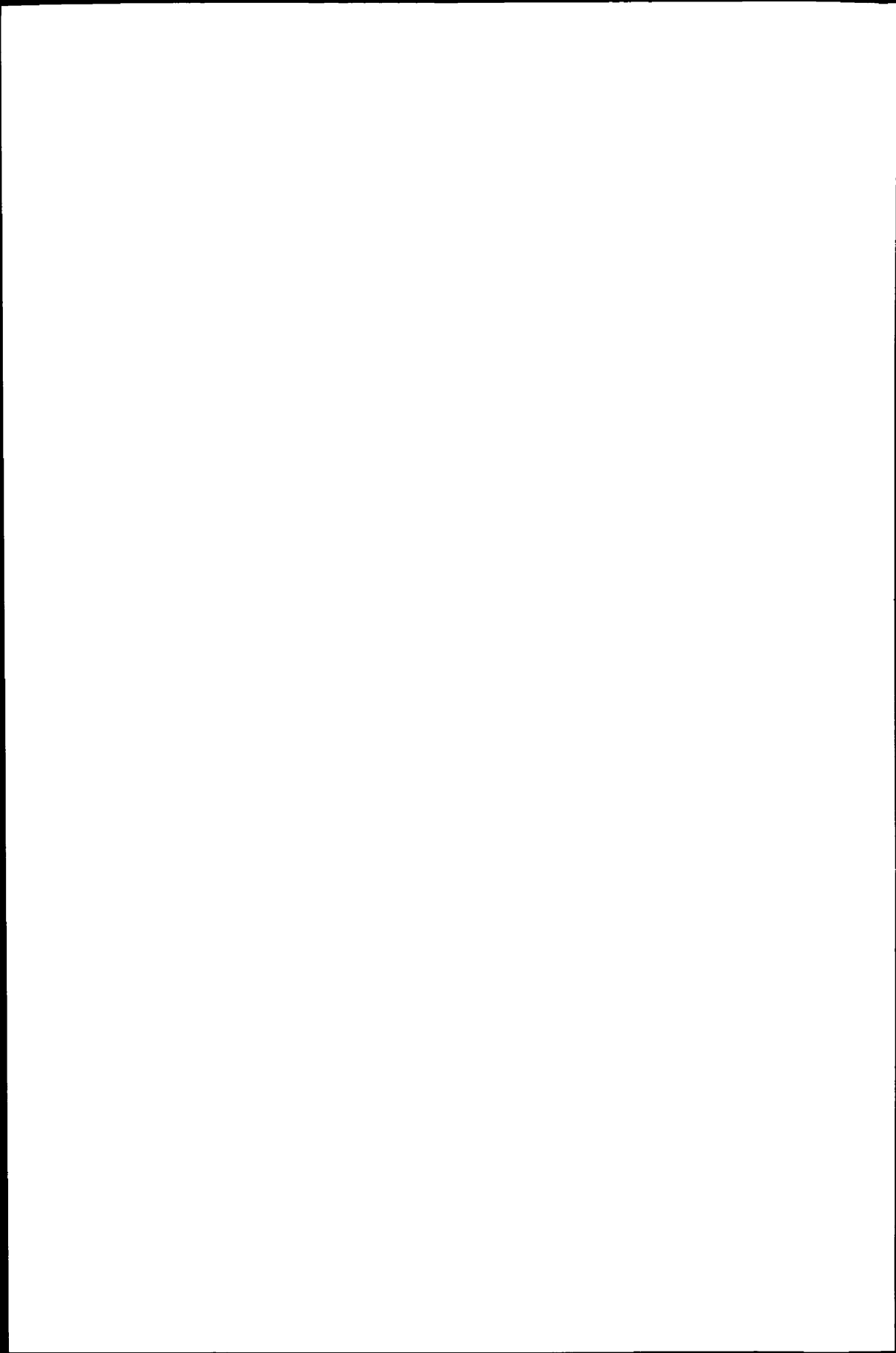
14 Wat vindt u van de opnameduur van deze patiënt op de gesloten afdeling?

- 1 te lang
- 2 ongeveer goed
- 3 te kort

15 In welke mate acht u de patiënt in staat om vragen te beantwoorden over de kwaliteit van de verleende zorg?

- 1 helemaal niet
- 2 matig
- 3 redelijk
- 4 goed

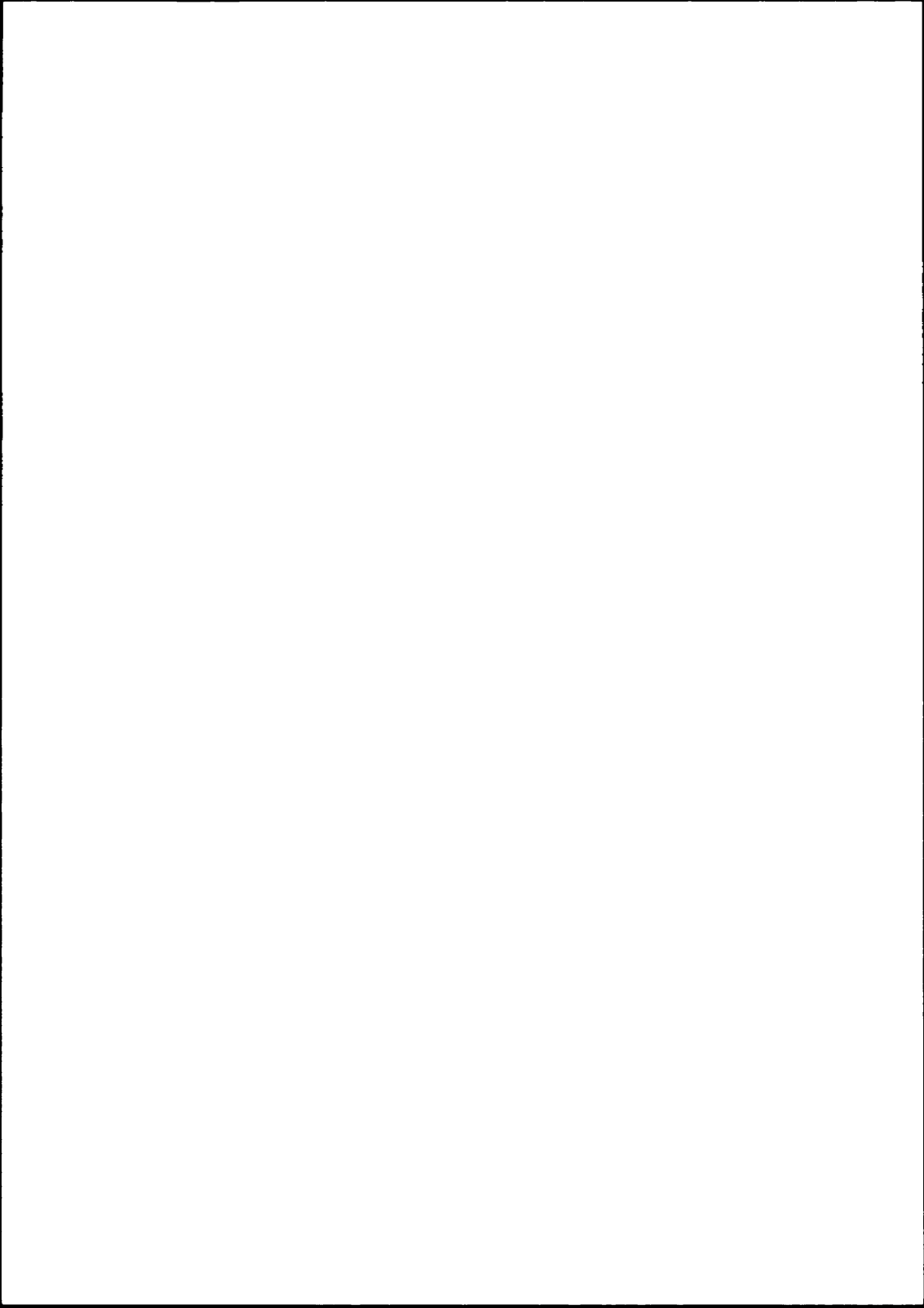
Opmerkingen/suggesties:



Kwaliteit Kortgesloten

Het beoordelen van de kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen

1. Interventies bij acute en heftige psychiatrische crises gebeuren in Nederland meestal op een gesloten opnameafdeling (*dit proefschrift*).
2. De meeste instrumenten die de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg beoordelen, zijn onvoldoende onderzocht op hun psychometrische kwaliteiten (*dit proefschrift*).
3. Zowel generieke instrumenten als instrumenten die specifiek gericht zijn op een bepaalde sector zijn onmisbaar voor het evalueren van de kwaliteit van de zorg (*dit proefschrift*).
4. Concept-mapping is een bruikbare methode om een complex begrip als kwaliteit van zorg te expliciteren (*dit proefschrift*).
5. Het merendeel van de patiënten die van de gesloten opnameafdeling met ontslag gaan of worden overgeplaatst, is in staat om de kwaliteit van de zorg te beoordelen (*dit proefschrift*).
6. De toepassing van dwangmaatregelen wordt zelden samen met de patiënt geëvalueerd (*dit proefschrift*).
7. De KWAZOP is een geschikt instrument om, vanuit het perspectief van de patiënt en de hulpverlener, tekortkomingen in de zorg op een gesloten psychiatrische opnameafdeling te signaleren (*dit proefschrift*).
8. Zorg zonder waarden is waardeloze zorg (*stelling van Klazinga N. Quality management of medical specialist care in The Netherlands, 1996, Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam*).
9. Meer openheid naar de samenleving over de kwaliteit van gesloten opnameafdelingen is noodzakelijk.
10. Het aandeel van de totale onderzoeksfinanciering aan de medische faculteiten voor de Geestelijke Gezondheidszorg is omgekeerd evenredig aan de omvang en ernst van de GGz-problematiek.
11. The search for quality in medicine is like the search for the perfect mother (*Fauman M. Quality Assurance Monitoring in Psychiatry. Am J Psychiatry 1989; 146:1121-1130*).
12. Het baren van kinderen tijdens een promotieperiode is goed bevallen.



Dit proefschrift gaat over de kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen in Nederland. Het verblijf op een gesloten afdeling is voor patiënten een ingrijpende episode. De patiënt wordt binnen de gesloten deuren geconfronteerd met mede-patiënten die eveneens in de war, angstig, vereenzaamd, agressief, depressief of suïcidaal zijn. Hulpverleners op hun beurt worden geconfronteerd met een toenemend aantal heropnamen, dreiging van suïcide en agressieve incidenten wat, gevoegd bij het streven naar een korte(re) opnameduur een hoge werkdruk met zich meebrengt. Systematische bewaking van de kwaliteit van de zorg is op een dergelijke afdeling van groot belang.

Beschreven wordt hoe voor gesloten psychiatrische opnameafdelingen een instrument is ontwikkeld, de KWAZOP, om de kwaliteit van de zorg te beoordelen. Diverse belanghebbenden, patiënten, familieleden, verpleegkundigen, psychiaters, verzekeraars en geneeskundig inspecteurs, zijn daarbij betrokken. De klinimetrische kwaliteiten van de KWAZOP blijken bemoedigend en aan de hand van een kwaliteitstoetsing in drie psychiatrische ziekenhuizen wordt de praktische toepassing geïllustreerd.

