

Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg

Een overzicht

Y.A.M. NIJSSEN, A.H. SCHENE, R.J. DE HAAN

SAMENVATTING 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 patiëntenoordeel de kwaliteit van het zorgaanbod vergelijken en waar mogelijk verbeteren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 000-000]

TREFWOORDEN kwaliteit van zorg, kwaliteitsbeoordeling, patiëntperspectief

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 1996). 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 & Donker 1990; Harteloh e.a. 1992). De vragenlijsten zijn gericht op een bepaald onderdeel van de GGZ, omdat naast algemene kwaliteitsaspecten speci-

fieke 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)-programma commissie 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 & 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 (aspecten) 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 (1980 - 1998) gescreend. Interne rapporten werden opgevraagd van een aantal ons bekende meetinstrumenten waarover (nog) niet was gepubliceerd.

Geïnccludeerd 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; (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-herstetbetrouwbaarheid, 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. Instrumenten 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

TABEL 1 Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten in de GGZ

Nr.	Instrument	Methode van ontwikkeling
AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG		
1	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) voor RIAGG-cliënten (De Brey & Peereboom 1986)	Nederlandse vertaling Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Zwick 1982)
2	Standaard Enquête Cliëntenonderzoek (SEC) voor RIAGG's (Kooi & Donker 1991)	concept-mapping, (groeps)interviews met cliënten, consultatie RIAGG-medewerkers
ACADEMISCHE EN (ALGEMENE) PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN		
3	Oordeel Ontvangen (psychiatrische dag- en open 24-uurs-) Behandeling (OOB) (Van Wijngaarden & 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 & 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 & 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 gesloten psychiatrische OPnameafdelingen (KWAZOP) (Nijssen e.a. 1997)	concept-mapping met patiënten, familie en hulpverleners (van gesloten opnameafdelingen), verzekeraars en inspecteurs, inhoudsanalyse kwaliteitmeetinstrumenten
7	Kwaliteitsbeoordeling Langdurig Opgenomen Patiënten (KLOP) (Donker & 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-Beschermde-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 & Van Wijngaarden 1987)	ontwikkeld door onderzoekers beschutwonen-project, proeftoetsingen bij kinderen en bewoners
VERSLAVINGSZORG		
12	Cliëntensatisfactie Verslavingszorg (Jongorius e.a. 1994)	gebaseerd op RIAGG-vragenlijst (nr. 2), vragenlijsten uit de verslavingszorg en interviews met (ex-)cliënten

ervan afgeleid of er sterk aan verwant. De voor-
naamste 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

TABEL 2 Kenmerken en psychometrische informatie van kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten in de GGZ

Nr.	Afname vorm en tijdstip	Informatiebron	Items soort (aantal)	Antwoordcategorie (aantal)	Psychometrische informatie ¹				
					betrouwbaarheid	validiteit	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, verpleegkundige behandelend arts	vragen (84)	gesloten (3 of 5) voldoende/onvoldoende altijd/nooit, volledig/onvolledig	ja	ja	ja	ja	
7	schriftelijk (modulair) tijdens behandeling	patiënten	vragen (101)	gesloten (4 of 5) voldoende/onvoldoende	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	verpleegkundigen patiënten dossier	vragen (153)	gesloten (wisselend) voorgestructureerd, wisselend van aard		ja ³		ja	
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	beeldverhaal met vragen (18)	gesloten (3 of 5) positief/negatief				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

Sociaal Psychiatrische Dienst in Zuid-Holland een Nederlandse vertaling gemaakt van de CSQ, die als enquête werd voorgelegd aan 390 RIAGG-cliënten (De Brey & Peereboom 1986). Psychometrische analyses toonden een éénfactoroplossing met een interne consistentie van 0.93. De CSQ is ook voor andere behandelvormen bewerkt, zoals een polikliniek psychiatrie (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.

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 & 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; 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.

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 & 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 (Van 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 & Perquin 1991). De lijst is toegepast in een onderzoek naar de bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens psychiatrische dagbehandeling (Koning & 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 & 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 e.a. 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 gesloten OPnameafdelingen (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% van de patiënten ($n = 20$) op de gesloten opnameafdeling van het AMC met behulp 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-hertestbe-

trouwbaarheid van de patiëntlijst waren de kapwaarden van op één na alle items redelijk tot goed (0.46 $k = 1$). Met uitzondering van één schaal waren de intraclass-correlaties goed ($r = 0.80$). 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 & 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 & Timmer 1994). Op grond van de resultaten is een modulair instrument geconstrueerd voor langdurig opgenomen patiënten in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ).

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

Kwaliteitsbeoordelingsinstrument voor patiënten met schizofrenie (8) De Hert e.a. (1995) ontwikkelden vanuit het Universitair Centrum St. 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 ver-

blijfsafdeling.

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 kwaliteitmeetinstrument 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 kwaliteitmeetinstrument 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 & 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 wát men tevreden is. De respondent wordt gevraagd uit zes mogelijke woonvoorzieningen die voorziening te kiezen welke hem/haar het meest aantrekkelijk 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 rela-

tie 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 rangordering 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 & Hull 1994).

Verslavingszorg

Cliëntensatisfactie Verslavingszorg (12) In opdracht van de toenmalige Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Verslavingszorg werd in 1992-1993 een landelijk cliëntenon-

derzoek uitgevoerd (Jongerus e.a. 1994). Bij de ontwikkeling van het instrument zijn naast de SEC (nr. 2) eerder ontwikkelde vragenlijsten binnen de verslavingszorg (Hofman e.a. 1991; Syben & Van den Berg 1992; Kroon 1992; Loos & Posthumus 1992/1993) gebruikt. 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 kwali-

TABEL 3

Kwaliteitsaspecten die in 11¹ van de 12 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	.	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.
Behandelbeleid/-programma	0 ⁴	0	0	0	0	0	0	.	.	0	.	.
Doeltreffendheid/effectiviteit	0	0	0	.	0	.	.	.	.	.	.	.
Toegankelijk-/bereikbaarheid	.	0	.	0	.	.	.	0	.	.	0	.
Continuïteit	.	.	.	.	.	.	0	.	.	0	.	.
Veiligheid	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.
Ondersteuning familie	.	.	.	0	.	.	0	.	.	.	.	.
Inspraak/overleg	0	0	0	0	0	0	.	0	.	.	0	.
Informatie	0	0	.	0	0	.	0	0	.	0	.	.
Contact met hulpverlener/bejegening	0	0	0	.	0	0	0	0	.	0	0	.
Relatie met medepatiënten	.	.	.	.	0	0	.	0	.	0	0	.
Dagprogramma/tijdsbesteding	.	.	.	.	0	.	0	0	.	0	0	.
Privacy	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.	.
(Ruimtelijke) voorzieningen	.	.	0	.	.	0	0	0	.	.	0	.
Externe diensten/voorzieningen	.	.	.	.	.	.	.	0	.	.	.	.

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

2. Zowel de ambulante als de klinische versie van instrument nr. 12 is in de tabel opgenomen

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

4. 0: komt als aspect aan de orde

teitsverbetering. Na het landelijk onderzoek is de vragenlijst ter beschikking gesteld aan 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. 8) 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 vonden Timmer & Hull (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 patiëntendeel 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 ande-

re 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 multi-dimensioneel 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 intramuraal 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 & 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 kwaliteitmeetinstrumenten 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 G G Z-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 G G Z de interinstitutionele toetsing tot een van haar speerpunten gemaakt, met als doel het zorgaanbod, G G Z-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 G G Z Nederland 1997). De patiënten- en bewonersraden zelf verrichten eveneens visitaties. In opdracht van de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de G G Z zijn daartoe zowel voor algemene psychiatrische ziekenhuizen (Haaster e.a. 1993) als voor beschermde woonvormen (Stichting L P R 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

ten 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.



Met dank aan mevrouw L. Kok-Noorman, afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, AMC, UvA, voor haar redactionele ondersteuning en advies.

NOTEN

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 & 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 $k > 0,80$ is bijna perfect (Landis & Koch 1977). Als alternatief voor de kappacoefficiënt 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 methodes die hetzelfde concept meten.

LITERATUUR

Attkisson, C.C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.

De Brey, J.H.C., & Peereboom, S. (1986). Onderzoek naar tevredenheid bij RIAGG-cliënten. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 64, 39-43.

Buijt, I. (1995). *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.

Campen, C. van, Sixma, H., Friele, R.D., e.a. (1995). Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52, 1, 109-133.

Christiaens, V. (1995). *Kwaliteitsbeoordeling van zorg door patiënten met schizofrenie: Ontwikkeling van een meetinstrument*. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

Dekker, J.J.M. (1996). *Het Amsterdamse Sociaal Psychiatrisch Dienstencentrum*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Depla, M., Donker, M., & Severens, P. (1992). *Verscheidenheid in kwaliteit: Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht: NCGV.

Deyo, R.A., Diehr, P., & Patrick, D.L. (1991). Reproducibility and responsiveness of health status measures. *Statistics and strategies for evaluation. Controlled Clinical Trials*, 12, 142S-158S.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. II. The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Donker, M.C.H., & Timmer, F. (1994). *Patiëntraadpleging in het APZ, Deel 3; Kwaliteitsbeoordeling door langdurig opgenomen patiënten in het APZ*. Utrecht: NZI-NCGV.

Donker, M. (1996). Satisfactie meer dan boekhouden? *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 74, 7, 303-304.

Drunen, P. (1998). *Behandeling evaluatie lijst*. Rotterdam: Bavo RNO Groep.

Fliert, R. van de (1995). *Kwaliteit van verpleegkundige zorg op de Adolescentenkliniek. Instrument-ontwikkeling en aanbrengen van wegingsfactoren op standaardniveau*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

Graham, J.R., Allon, R., Friedman, I., e.a. (1971). The ward evaluation scale: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 1, 118-122.

Haaster, H. van, van der Marel, K., & Rijkschroeff, R. (1993). *Kwaliteitscriteria & patiëntenvisitatiecommissie*. Utrecht: Stichting LPR.

Harteloh, P.P.M., Sprij, B., & Casparie, A.F. (1992). *Patiëntstevredenheid en kwaliteit: een problematische relatie*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 47, 2, 157-165.

Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1994). *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Hermans, P.J., & de Bruyn, D.N.J. (1992). Exit-interviews als beleidsinstrument. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 47, 10, 1112-1116.
- Hert, M. de, Abrahams, F., Timmer, F., e.a. (1995). Development of an instrument to measure consumers perception of quality of care for psychotic inpatients. *Schizophrenia Research*, 15, 214.
- Hijden, E.J.E. van der, Buijt, I., Wierdsma, A.I., e.a. (1998). Beschermde wonen; tevreden wonen? Resultaten van een tevredenheids-onderzoek onder bewoners van drie organisaties. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 3, 265-276.
- Hofman, K., Gerretsen, A.M., & Smit, A. (1991). Follow-up onderzoek '87/'88: CAD Groningen. Groningen: CAD Groningen.
- Hoof, F. van, Stolker, J.J., Zitman, F.G., e.a. (1994). Uitkomstindicatoren op het gebied van de chronische psychiatrie. Den Haag: NWO.
- Hull, H., & Timmer, F. (1994). Patiëntraadpleging in het APZ, Deel 2; Kwaliteitsconcept van langdurig opgenomen patiënten in het APZ. Utrecht: NZI-NCGV.
- Janssen, M. (1995). Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland. Utrecht: NCGV.
- Jongerden, I.P. (1992). Toetsing van de kwaliteit van verpleegkundige zorg in de verblijfspsychiatrie: de ontwikkeling en vergelijking van kwaliteitsmeetinstrumenten. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Jongerden, I.P., Hollands, L., & van Bergen, B. (1994). Het meten van verpleegkwaliteit in de psychiatrie. Utrecht: Lemma BV.
- Jongerius, J., Hull, H., & Derks, J. (1994). Hoe scoort de verslavingszorg? Kwaliteitsbeoordeling door cliënten; een landelijk onderzoek. Utrecht: NCGV.
- Kaasenbrood, A. (1995). Consensus als criterium: de ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Utrecht: NCGV.
- Koning, Y.A., & Perquin, L.N.M. (1993). De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens een psychiatrische dagbehandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 35, 10, 691-01.
- Kooi, R., & Donker, M. (1991). Cliënten over de RIAGG: ontwerp en afname van een vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten. Utrecht: NCGV.
- Kroon, H. (1992). Vragenlijst cliënt bij ontslag. Utrecht: NCGV.
- Landis, R.J., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- Lemmens, F., & Donker, M. (1990). Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: NCGV.
- Loos, A., & Posthumus, A. (1992/1993). Hoe tevreden/ontevreden bent u? Vragenlijst voor cliënten. Den Haag: Centrum Verslavingszorg Zeestraat.
- Ministerie van VWS (1996). Kwaliteitswet Zorginstellingen. Den Haag: Staatsblad nr. 80.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., de Haan, R.J., e.a. (1997). Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opname-afdelingen; een conceptuele verkenning. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 5, 497-510.
- Polhuis, D.A. (1996). Verpleegkwaliteit in de acute psychiatrie. De ontwikkeling van een instrument voor verpleegkundige zorg in de acute psychiatrie. Utrecht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (1990). Advies kwaliteit van zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek.
- Ridder, D. de (1991). Greep op kwaliteit: methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg. Utrecht: NCGV.
- Rijcke, B. de (1998). 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.
- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services: The state of the art of its measurement. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Schouten, E.A.M., & Perquin, L.N.M. (1991). Beoordelingslijst opnamevervangende dagbehandeling Valeriuskliniek - Stellingen met meerkeuze antwoorden. Amsterdam: Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, Valeriuskliniek.
- Spiegel, D., & Younger, J.B. (1972). Ward climate and community stay of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 1, 62-69.
- Sterk, P., & Ridderbos, P. (1995). Patiëntenfeedback in een psychiatrisch ziekenhuis. *Kwaliteit & Zorg*, 3, 1, 28-35.
- Stichting GGZ Nederland (1997). Toetsingskader kwaliteit GGZ. Utrecht: Stichting GGZ Nederland.
- Stichting LPR (1994). Bewoners voor de verandering: kwaliteitscriteria vanuit het bewonersperspectief voor de sector beschermd wonen. Utrecht: Stichting LPR.
- Streiner, D.L., & Norm, G.R. (1995). Health measurement scales; a practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press Inc.
- Stuurgroep Harmonisatie Kwaliteitsbeleid (1994). Basisdocument kwaliteitsbevordering in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Utrecht: Stichting GGZ Nederland.
- Swinkels, J.A. (1994). Wat mag ik voor u doen? Een exploratief onderzoek naar de hulpvraag van patiënten op een polikliniek psychiatrie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Syben, N., & van de Berg, Y. (1992). Specimenset vragenlijsten programma evaluatie Malibaankliniek Centrum Maliebaan. Velp: ABC/OPES.

- Timmer, F., & Hull, H. (1994). *Patiëntenraadpleging in het APZ; kwaliteitsconcept van langdurig opgenomen patiënten in het APZ (deel 2)*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Trochim, W.M.K. (1989). An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.
- Tuin, J.S., Duijnhoven, J.P.J., & Kroon, J.H. (1993). *Jaarverslag Zon & Schild*. Amersfoort: Zon & Schild.
- Voogt, A. (1991). *De ontwikkeling van een inhoudsvalide takenpakket en een eerste gestandaardiseerd meetinstrument voor kwaliteitstoetsing van verpleegkundige zorg in de verblijfssector van het P C Sint Willibrord*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Wennink, H.J., & van Wijngaarden, B. (1987). De Zorg Evaluatie Score. *Gezondheid en Samenleving*, 8, 4, 266-274.
- Wijngaarden, B. van, & Schene, A.H. (1995). *Patiënten beoordelen psychiatrische zorg: de vragenlijst Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB)*. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 73, 11-18.

AUTEURS

Y.A.M. NIJSSEN, verpleegkundig onderzoeker in opleiding, en A.H. SCHENE, chef de clinique van het zorgprogramma stemmingsstoornissen en bijzonder hoogleraar ambulante geestelijke gezondheidszorg, zijn beiden verbonden aan de MFO Psychiatrie AMC/de Meren. R.J. DE HAAN, bijzonder hoogleraar klinische epidemiologie in de verpleegkunde, is verbonden aan de afdeling Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, AMC, UVA.

Correspondentieadres: mevrouw Y.A.M. Nijssen, Psychiatrisch Centrum AMC, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-4-1999.

SUMMARY Instruments for the assessment of the quality of Mental Health Care from the patients' perspective: An overview – Y.A.M. Nijssen, A.H. Schene, R.J. de Haan – An overview is presented of twelve Dutch Mental Health Care instruments, developed in the past ten years, for the assessment of the quality of care from the patients' point of view. Inclusion criteria for the study were instruments which were, at least in part, psychometrically tested and applied in mental health care. The twelve instruments which met these criteria were evaluated with regard to the source (who is responsible for the design), target group and setting, domains of care, psychometric properties.

The studied instruments focus on a specific mental health setting. Most instruments lack relevant psychometric information and have not (yet) been implemented in the daily practice of mental health care.

Conclusion: A standard 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 and thus further improve the quality of care.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11,000-000]

KEYWORDS patient perspective, quality assessment, quality of care