

De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten tijdens een psychiatrische dagbehandeling

door Y.A. Koning en L.N.M. Perquin

Samenvatting

De laatste jaren wordt bij de beoordeling van de kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen meer gewicht toegekend aan het oordeel van de patiënt. Het oordeelsvermogen van psychiatrische patiënten tijdens een opname kan echter door psychische stoornissen en situationele factoren, zoals afhankelijkheid van behandelaars, beïnvloed worden. Het is daarom de vraag of hun kwaliteitsoordeel bruikbaar is.

Dertig patiënten in Opnamevervangende Dagbehandeling vulden een gestructureerde vragenlijst voor kwaliteitsbeoordeling in. Vervolgens werden ze uitgenodigd de gegeven antwoorden te beargumenteren in een semi-gestructureerd interview. Op basis hiervan werd een score toegekend voor het vermogen een gefundeerd oordeel over de kwaliteit van de behandeling te geven. De conclusie was dat driekwart van de patiënten daar goed toe in staat was.

Inleiding

Het oordeel van de consument over de kwaliteit van ontvangen hulp in de Geestelijke Gezondheidszorg heeft als onderwerp van onderzoek lange tijd een lage wetenschappelijke status gehad (Margolis, Sorenson en Galano 1977). In de jaren zeventig kwam programma-evaluatie en daarmee satisfactieonderzoek in de Verenigde Staten tot bloei, als gevolg van een nieuwe paragraaf in de wetgeving waarin deze vormen van onderzoek een verplichtend karakter kregen (Donker 1990). In Nederland is programma-evaluatie sinds het rapport van de commissie-Dekker (Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg 1987) een belangrijker plaats gaan innemen: de overheid trekt zich terug als beoordeelaar van het functioneren van GGZ-instellingen. De verzekeraars, patiëntenorganisaties en de instellingen zelf worden gestimuleerd criteria vast te stellen om aan de hand daarvan de kwaliteit van zorg te beoordelen. Het begrip 'patiëntstatisfactie' kwam naar voren als indicator voor de kwaliteit van zorg: de patiënt wordt als consument betrokken bij het vormen van een oordeel over de kwaliteit van het proces van de behan-

deling. De term 'proces' duidt aan dat het gaat om aspecten die in principe los staan van het behandelresultaat. De patiënt beoordeelt de kwaliteit van de geboden zorg, zoals de bejegening door hulpverleners, de toegankelijkheid van de voorzieningen en de samenstelling van het behandelprogramma.

'Kwaliteitsbeoordeling door patiënten' is een nauwkeuriger aanduiding dan 'patiëntstatisfactie', namelijk de visie op de kwaliteit van de behandeling vanuit het perspectief van de gebruiker (Depla en Donker 1992).

Het overgrote deel van het onderzoek naar patiëntstatisfactie levert, volgens een recente literatuurstudie, weinig valide resultaten op (Lemmens en Donker 1990). Vragenlijsten die satisfactie meten hebben vaak een gering onderscheidend vermogen: doorgaans 80% van de patiënten is tevreden. Vertekening in de meetresultaten vindt plaats als gevolg van sociaal wenselijke antwoorden. Uitkomsten zijn meestal slecht te generaliseren door de grote verschillen tussen onderzoekspopulaties en doordat voor elk onderzoek een nieuw meetinstrument wordt ontwikkeld (Harteloh, Sprij en Casparie 1992).

Een ander probleem betreft het vaststellen van criteria om de kwaliteit van zorg aan te toetsen. Kistemaker (1989) attendeert in dit verband op het onderscheid tussen een 'patiënt', degene die op het moment van onderzoek van de gezondheidszorg gebruik maakt, en een 'consument', een persoon die op het moment van onderzoek niet ziek is. Zo zou een 'patiënt' tijdens een psychiatrische opname meer waarde hechten aan de informatievoorziening en de kwaliteit van de leefruimte, terwijl voor een potentiële gebruiker de toegankelijkheid van de voorziening en de hoogte van de ziektekostenpremie zwaarder zou kunnen wegen.

Bij onderzoek naar kwaliteitsbeoordeling door patiënten in de acute psychiatrie is de mentale toestand waarin de beoordelaar zich bevindt op het moment van onderzoek een interfererende factor. Bij een acute psychiatrische opname is meestal sprake van cognitieve en/of affectieve stoornissen. Vaak is tevens sprake van suïcidaliteit, zelfverwaarlozing of gevaar van de patiënt voor de omgeving. Mag van deze patiënten verwacht worden dat zij een gefundeerd oordeel over de kwaliteit van de behandeling kunnen geven?

Kwaliteitsbeoordeling in de acute psychiatrie: tijdens of na opname?

De aanwezigheid van psychiatrische stoornissen tijdens een opname kan een argument zijn om onderzoek naar het kwaliteitsoordeel over een bepaalde voorziening *na* opname uit te voeren. De patiënt is opgeknapt, verblijft weer thuis, kijkt terug op de ontvangen behandeling en kan deze mogelijk beter 'objectiveren'. Veel onderzoekers gaan ervan uit dat opgenomen patiënten, door afhankelijkheids- en dankbaarheidsgevoelens, een positiever oordeel zullen opgeven dan ex-patiënten. De beoordeling van de kwaliteit van het proces van zorg zou der-

halve het beste door ex-patiënten kunnen plaatsvinden. Onderzoek naar verschillen in tevredenheid tussen opgenomen en ex-patiënten geeft hierover echter geen uitsluitsel (Visser 1988). Een nadeel van een kwaliteitsbeoordeling na opname is dat de respons meestal lager is door minder gemakkelijke bereikbaarheid van de respondent, of door een zekere weerzin om na de opname opnieuw over deze moeilijke periode na te denken. Het grootste bezwaar lijkt echter dat bij een kwaliteitsbeoordeling die enige weken tot maanden na de opnameperiode plaatsvindt, gedetailleerde negatieve oordelen verdwijnen. Een opname op een psychiatrische afdeling brengt immers naast positieve elementen als steun, zorg, opgevangen worden, ook negatieve factoren met zich mee, zoals gebrek aan privacy, het geconfronteerd worden met het leed van anderen en zich moeten voegen naar 'afdelingsregels'. Wanneer de opname 'ondanks alles' tot een goed herstel heeft geleid, kunnen negatieve oordelen 'wegvallen' in het algehele gevoel van tevredenheid over de behandeluitkomst. De patiënt is bij voorbeeld tevreden over het feit dat hij¹ geen beangstigende stemmen meer hoort. Hij laat nu achterwege gevoelens van onvrede over aspecten van de bejegening of over het gebrek aan medicatie tot uitdrukking te brengen (Ketelaars, Depla en Donker 1993). Vanuit het perspectief van kwaliteitsonderzoek zijn dit argumenten om kwaliteitsbeoordeling door de patiënt *tijdens* de behandeling te doen plaatsvinden: de verschillende aspecten van het behandelproces zijn dan actueel, waardoor een gedetailleerde beoordeling tot stand kan komen.

Weerspiegelt de score op een kwaliteitsbeoordelvragenlijst tijdens de opname wat de patiënt werkelijk denkt?

Bij het vermogen van de patiënt om te oordelen over de kwaliteit van zijn behandeling tijdens een psychiatrische opname, kunnen vraagtekens worden gezet. In hoeverre voelt de patiënt zich te zeer afhankelijk van zijn behandelaars en niet vrij om een negatief oordeel uit te spreken? Hoe groot is de invloed van de psychiatrische ontregeling op het oordeelsvermogen? In hoeverre is de patiënt 'competent' om zijn mening te vormen en weer te geven? Het begrip 'competent' in deze zin gebruikt behoeft enige toelichting, gezien de recente aandacht die dit begrip heeft gekregen in verband met het wetsontwerp betreffende de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Daar gaat het om de vraag, wat te doen als een patiënt als gevolg van een psychiatrische stoornis niet of slechts gedeeltelijk bij machte is om over de inhoud van zijn behandeling te beslissen. Een algemeen competentiebegrip blijkt in de praktijk niet bruikbaar (Metz en Perquin 1991). De mate van competentie kan slechts per 'gebied' worden vastgesteld. Bij onze poging om een beeld te krijgen van wat het oordeel van patiënten met een indicatie voor een 24-uurs psychiatrische opname over de ontvangen behandeling nu eigenlijk waard is, werd het begrip competentie dan ook niet in algemene zin

gebruikt. Het werd beperkt gedefinieerd als *'het vermogen van de patiënt om zijn feitelijk aanwezig veronderstelde oordeel over verschillende aspecten van de behandeling uit te drukken in een score op een schaal, naar aanleiding van een stelling over die behandeling'*.

Methodes

Een gestructureerde vragenlijst, waarin de patiënt zijn oordeel geeft over de kwaliteit van verschillende aspecten van de Opnamevervangende Dagbehandeling in de Valeriuskliniek, diende als voorbeeld van een instrument aan de hand waarvan het oordeelsvermogen werd getoetst. Nadat de patiënt gedurende drie weken met Opnamevervangende Dagbehandeling ervaring had opgedaan, kreeg hij de vragenlijst voorgelegd door de onderzoeker, die niet aan het behandelteam verbonden was. Direct nadat de patiënt de vragenlijst had ingevuld, werd een semi-gestructureerd interview van ongeveer een uur afgenomen. Daarin werd getracht de argumenten en overwegingen te achterhalen die de patiënt bij het scoren van de verschillende items had gehanteerd en of deze scores overeenstemden met de toelichting die de patiënt in het interview gaf. Aan de hand van dit interview, opgenomen op audiotape, werd door twee beoordelaars een schatting gemaakt van de mate waarin het oordeel van de patiënt *weloverwogen* was. Bij deze schatting werd tevens gewogen of de patiënt *consequent* was geweest bij het invullen van de vragenlijst door na te gaan of een aantal paren van stellingen die op de vragenlijst dezelfde strekking hebben, maar die verspreid over de vragenlijst zijn opgenomen, dezelfde score hadden gekregen. Twee maanden na ontslag kreeg de patiënt dezelfde vragenlijst thuisgestuurd met het verzoek deze ingevuld te retourneren.

De beoordelingslijst

Het project Opnamevervangende Dagbehandeling op de opnameafdeling van het Psychiatrisch Centrum Amsterdam, locatie Valeriuskliniek, probeert patiënten alleen overdag in de kliniek te behandelen (Perquin, Schouten, Landheer en Geertjens 1991). Ten behoeve van een onderzoek werd een kwaliteitsbeoordelingslijst voor patiënten ontwikkeld (Schouten en Perquin 1991; de lijst is verkrijgbaar bij de auteurs). De vragenlijst is bedoeld als instrument bij programma-evaluatie en dient als indicator voor het opsporen van noodzakelijke bijstellingen van de nieuwe werkwijze. Bij de ontwikkeling van de vragenlijsten is gelet op begrijpelijkheid en eenduidigheid (Lemmens en Donker 1990). De vragenlijst bestaat uit 66 items op een zespunts Likertschaal. De antwoordcategorïen lopen van 1 = zeer mee oneens tot 6 = zeer mee eens, hetgeen – afhankelijk van de richting van het betreffende item – neerkomt op zeer ontevreden tot zeer tevreden. Tevens zijn er vier items met drie keuzealternatieven en drie items met een open

antwoordcategorie. De items betreffen aspecten die kenmerkend zijn voor de werkwijze van Opnamevervangende Dagbehandeling welke aansluiten bij de uitgangspunten van het project: de noodzaak van 24-uurs bereikbaarheid, een behandelprogramma dat in overleg met de patiënt tot stand komt en optimale steun aan de familie (Geertjens, Landheer en Perquin 1992).

De items zijn in een willekeurige volgorde geplaatst en elf items zijn 'omgekeerd' verwoord om controle te hebben over het verschijnsel 'response set', dat wil zeggen de neiging om volgens bepaalde tendenties te antwoorden, bij voorbeeld om meestal 'mee eens' te kiezen. Bij de instructies wordt benadrukt dat de gegevens anoniem verwerkt worden en dat de invulling van de vragenlijst geen invloed heeft op de aard van de behandeling.

De competentie van de patiënt om de vragenlijst in te vullen

Na het invullen van de beoordelingslijst door de patiënt volgde het semi-gestructureerd interview over de wijze waarop de patiënt tot de scores op de vragenlijst was gekomen.

a) Algemene vragen over het invullen van de vragenlijst

Waren de items te begrijpen en kon de patiënt zich de situaties waarnaar gevraagd werd herinneren? Vond de patiënt de items van toepassing en was de vragenlijst naar zijn mening volledig?

b) Vragen naar aanleiding van een opvallend scorepatroon

Wanneer het scorepatroon een opvallende trend vertoonde, bij voorbeeld wanneer vrijwel alleen hoge of middelmatige scores waren gegeven, werd nagevraagd welke betekenis de verschillende scorecategorieën voor de patiënt hadden en of hij iets in gedachten had wat op vrijwel alle items van toepassing was. Sommige patiënten die bij voorbeeld vrijwel nooit de laagste of hoogste categorie hadden ingevuld, gaven in het interview als toelichting 'niet van extremen te houden'. Een andere patiënte vertelde dat haar grote tevredenheid met het resultaat van de behandeling ertoe had geleid dat zij op bijna alle items de hoogst mogelijke score had gegeven.

c) Vragen over twaalf geselecteerde items

Over de verschillende kwaliteitsaspecten waaruit de vragenlijst is opgebouwd, werd een set van twaalf items ten behoeve van het interview geselecteerd. De patiënt werd gevraagd hoe hij op het betreffende item tot de gegeven score was gekomen, wat zijn argumenten waren om niet hoger of lager te scoren en aan welke specifieke gebeurtenis of personen hij dacht bij het kiezen van de hoogte van de score.

De tweede stap, het formuleren van de competentiescore, kwam tot stand aan de hand van het beluisteren van het semi-gestructureerde interview opgenomen op audiotape, door de twee auteurs: 1 betekende niet in staat de vragenlijst in te vullen, 2 matig competent om de vragenlijst in te vullen, 3 redelijk competent, 4 geheel competent. De auteurs kwa-

men eerst ieder zelfstandig tot een score, in 26 van de 30 gevallen was er overeenstemming. In de andere vier gevallen verschilde de score nooit meer dan één punt en werd het gemiddelde van de twee scores genomen.

Bij het beluisteren van het interview werd erop gelet of de patiënt het item juist had opgevat, of hij de 'omgekeerd' gestelde items in overeenstemming met zijn bedoeling had gescoord, of de argumenten die hij voor zijn antwoord aanvoerde aannemelijk, duidelijk en genuanceerd waren en of hij adequate voorbeelden kon geven. Tevens werd gelet op de correspondentie tussen het 'verhaal' van de patiënt en de gegeven respons op de vragenlijst: had de patiënt zich op de vragenlijst meer of juist minder kritisch uitgelaten dan in het interview. Behalve per item kon dit ook in de algehele houding van de patiënt tot uiting komen, bij voorbeeld wanneer de patiënt dusdanig opgelucht was dat hij van zijn psychose of depressie was hersteld, dat hij een kritische houding ten aanzien van de behandeling geheel liet varen.

Voorbeelden

Een patiënte kreeg een competentiescore 1 omdat zij in het geheel niet in staat was de vragenlijst in te vullen. Bij elk item moest zij lang nadenken en dwaalde steeds af naar suïcidale fantasieën, zodat de afname van de vragenlijst na vijf items op haar verzoek werd gestopt.

Een patiënt kreeg competentiescore 2 omdat hij vage argumenten naar voren bracht en deze ook bij doorvragen niet kon concretiseren. Ook sprak hij zichzelf herhaaldelijk tegen.

Een patiënte kreeg competentiescore 3 omdat zij meestal begrijpelijke en duidelijke argumenten had; deze argumenten kwamen echter bij enkele items niet overeen met de scores die zij op de vragenlijst had gegeven. Zo was zij op de vragenlijst over het gesprek met de familie 'nogal tevreden', terwijl zij in het interview zei: 'Ik had tijdens dit familiegesprek meer informatie van de kant van de Valeriuskliniek verwacht en ook een reactie achteraf over hoe men vond dat het gesprek was gegaan, want je wordt toch de hele tijd maar beoordeeld'.

Een competentiescore 4 kreeg een patiënte met goed te begrijpen argumenten en bijpassende voorbeelden. Haar verhaal tijdens het interview was altijd in de gegeven scores op de vragenlijst terug te vinden. Zo was zij over de psychomotorische therapie op de vragenlijst zeer tevreden en vertelde ze in het interview: 'Dit onderdeel zou vaker moeten worden gegeven. Na het sporten voel je je veel rustiger'. Kritiek schuwde zij niet, zo was zij het oneens met de stelling 'In deze periode van dagbehandeling worden mij voldoende behandelactiviteiten geboden'. Haar argument luidde: 'Er vallen toch nog vaak gaten in het dagprogramma, dan heb je niets te doen'.

Resultaten

De proefpersonen

De proefpersonen zijn 30 patiënten (8 mannen en 22 vrouwen), die in Opnamevervangende Dagbehandeling kwamen. Iedere patiënt die in de tijd van het onderzoek, dat een periode van vier maanden bestreek, drie weken dagbehandeling achter de rug had, werd benaderd. De gemiddelde leeftijd van de totale steekproef was 42 jaar (spreiding van 18 tot 75 jaar); 80% van de patiënten had een affectieve of psychotische stoornis; 22 van de 30 patiënten waren één of meerdere keren eerder opgenomen geweest; tweederde van de patiënten had een opleiding onder HAVO-niveau. Alle 30 patiënten namen deel aan het eerste deel van het onderzoek: zij maakten de eerste afname van de vragenlijst mee, werden daarover geïnterviewd en kregen een competentiescore. Van deze groep retourneerden 18 patiënten twee maanden na ontslag de tweede vragenlijst.

Competentiescores

Van de totale groep van proefpersonen zijn 30 competentiescores bekend. Uit tabel 1, die de verdeling van de competentiescores weergeeft, blijkt dat vijf patiënten in het geheel niet tot invullen van de vragenlijst in staat waren. Van de 25 patiënten die de vragenlijst wel invulden, werden twee patiënten door de onderzoekers matig competent gevonden, hetgeen inhoudt dat hun oordeel niet bruikbaar was; 23 (76.6%) van de totale groep van 30 patiënten werd beschouwd als redelijk en goed competent (respectievelijk 10 en 13 patiënten). Het is voorstelbaar dat de patiënten die door de beoordelaars als het meest competent werden beoordeeld, tevens degenen waren met de hoogste tevredenheid. Dit was echter niet het geval, er kon geen significant verband worden gevonden tussen de competentiescore en de mate van tevredenheid.

Tabel 1: Verdeling van de competentiescores (n=30)

Competentiescore		Frequentie	Percentage
Laag	(1)	5	16.7
Matig	(2)	2	6.7
Redelijk	(3)	10	33.3
Goed	(4)	13	43.3

Geen bruikbaar oordeel

Van de vijf patiënten die niet in staat waren de vragenlijst in te vullen, toonden twee van het begin af aan weinig motivatie. Zij begonnen wel aan de vragenlijst, maar wilden halverwege toch stoppen. Het is niet ze-

ker of zij hun mening niet konden geven, of niet wilden prijsgeven. De derde patiënte raakte tijdens het invullen van de vragenlijst te zeer in beslag genomen door suïcidale fantasieën om verder te kunnen gaan. Bij de vierde patiënte bleek wegens geheugenstoornissen afname van de vragenlijst niet zinnig. De vijfde patiënte werd belemmerd door concentratiestoornissen. Twee van de 25 patiënten die de vragenlijst wel compleet werden matig competent bevonden. De eerste patiënte vulde de vragenlijst in met de gedachte 'de dagbehandeling heeft me goed geholpen, het is gewoon prima.' Zij gaf vrijwel alle items de meest positieve score vanuit haar globaal positieve oordeel. Haar mening werd door de onderzoekers niet genuanceerd genoeg bevonden. De andere patiënt die een matige competentiescore kreeg, kon in het interview zijn scores op de vragenlijst vaak niet concretiseren, of vertelde iets wat niet correspondeerde met zijn ingevulde score. Zo deelde hij in het interview mee dat de gesprekken met zijn familie goed waren verlopen en dat hij zich na die gesprekken vaak beter voelde, op de vragenlijst gaf hij echter te kennen zeer ontevreden te zijn over de familiegesprekken. Dat de vragenlijst van deze patiënt niet bruikbaar was, kwam niet naar voren uit een opvallend scorepatroon, maar werd pas duidelijk in het interview.

Patiënten met bruikbare meningen

De aanwezigheid van een soms ernstige psychiatrische stoornis sluit een redelijke of goede competentie niet uit. Een patiënt die volgens de behandelaars psychotisch was, kon zijn mening gemotiveerd weergeven wanneer het over concrete punten ging. Zo was zijn commentaar op het programma-onderdeel 'maatschappij-oriëntatie': 'Ze hebben het over zaken waar ik geen moeite mee heb. Laatst lieten ze dia's van Amsterdam zien en dan moest je uitzoeken hoe je daar moest komen met het openbaar vervoer, maar ik fiets altijd en ik weet de weg wel' (score 'beetje ontevreden'). Met het merendeel van de items kon hij goed uit de voeten. Een enkele keer ging hij de mist in. Met de stelling 'Omdat ik tijdens de dagbehandeling al veel thuis ben, zal ik na ontslag het gewone leven weer gemakkelijk opnemen' was hij het een 'beetje eens'. Zijn motivering was: 'Wat is een gewoon leven? Ik heb helemaal geen gewoon leven. Problemen zijn er niet, je ziet ze niet, alleen als je erover struikelt'. Twee patiënten, die een paar dagen na afname van de vragenlijst op de gesloten afdeling moesten worden opgenomen, bleken ondanks ernstige psychiatrische symptomen in staat een gedegen oordeel over de behandeling te geven.

Standvastigheid van het oordeel

De tweede vragenlijst, die twee maanden na ontslag werd toegestuurd, is door 18 van de 30 patiënten geretourneerd. De correlatie van de vragenlijsten die tijdens opname zijn ingevuld met de vragenlijsten na ontslag is .76. Dit is hoog, gezien de in de literatuur gevonden test-hertest

betrouwbaarheid van .50 (Pascoe 1983) en het gegeven dat er nu eenmaal een groot verschil bestaat tussen het invullen van een vragenlijst tijdens een opname of wanneer de patiënt twee maanden na ontslag op de opnameperiode terugblijkt. Gezien de grootte van de uitval (12 van de 30) kunnen over de standvastigheid van het oordeel geen zekere conclusies worden getrokken, te meer omdat de uitval waarschijnlijk selectief is: juist de 18 patiënten die de vragenlijst hebben teruggestuurd zouden de meer 'standvastige' beoordelaars kunnen zijn. Een aanwijzing voor de selectieve samenstelling van de groep van 18 respondenten is dat deze op het moment van afname van de eerste vragenlijst een hogere competentiescore had gekregen dan de uitgevallen groep van 12 ($\chi^2 (1, n = 30) = 3.76, p < .05$). Daar staat echter de overweging tegenover dat een patiënt die incompetent is in het geven van een oordeel, niet automatisch ook een onstandvastig beoordelaar hoeft te zijn. Zo was de al eerder genoemde patiënte, met een lage competentiescore, wegens haar weliswaar zeer positieve, maar ongenueanceerde oordeel over de dagbehandeling *wel* standvastig: na ontslag dacht zij er nog precies zo over.

Conclusie

Observatie volgens een semi-gestandaardiseerde methode door twee klinische beoordelaars leidt tot de conclusie dat het merendeel (driekwart) van de patiënten die gebruik maakten van Opnamevervangende Dagbehandeling, goed in staat was een oordeel over de kwaliteit van de behandeling te geven. De patiënten waren in staat tot gemotiveerde kritiek, ondanks het feit dat zij hun beoordeling *tijdens* de opname gaven en dus in een afhankelijke positie verkeerden en gehinderd werden door psychiatrische symptomen. Hierbij moet worden aangetekend dat het een steekproef van patiënten op een opnameafdeling betrof die Opnamevervangende Dagbehandeling aankonden en niet de structuur van bij voorbeeld een gesloten afdeling nodig hadden. 25 van de 30 patiënten waren in staat de vragenlijst in te vullen. Van deze 25 werden slechts twee patiënten onvoldoende competent bevonden tot het geven van een oordeel over de kwaliteit van de behandeling. Bij de vijf patiënten die in het geheel niet in staat waren de vragenlijst in te vullen, speelden gebrek aan motivatie, suïcidaliteit en geheugen- of concentratiestoornissen een rol. Om toch een idee te krijgen hoe deze patiënten hun behandeling ervaren, komt men waarschijnlijk verder met een gewoon gesprek, eventueel op een later tijdstip. Een andere mogelijkheid is om een indruk over hun oordeel af te leiden uit gedragsobservaties of meningen van familieleden.

Noot

1. Waar de mannelijke vorm wordt gebruikt is zowel de vrouwelijke als de mannelijke vorm bedoeld.

Literatuur

- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (1987), *Bereidheid tot verandering*. Distributiecentrum Overheidspublikaties, 's-Gravenhage.
- Depla, M., M. Donker en P. Stevens (1992), *Verscheidenheid in kwaliteit. Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de actieve psychiatrie*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Donker, M.C.H. (1990), *Principes en praktijk van programma-evaluatie. Opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Geertjens, L.J.J.M., C. Landheer en L.M.N. Perquin (1992), Partial hospitalization in acute psychiatry. *Second International Congress on Emergency Psychiatry*. Elsevier, Amsterdam.
- Harteloh, P.P.M., B. Sprij en A.F. Casparie (1992), Patiëntsatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 47, 157-165.
- Ketelaars, T.J.W.M., M.F.I.A. Depla en M.C.H. Donker (1993), Cliëntenperspectief in kaart gebracht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 123-149.
- Kistemaker, J.G.W. (1989), *Patiënt en integrale kwaliteitszorg*. Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen, Leuven.
- Lemmens, F., en M. Donker (1990), *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten. Een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Margolis, R.B., J.L. Sorenson en J. Galano (1977), Consumer satisfaction in mental health delivery services. *Professional Psychology* 8, 11-16.
- Metz, G.W., en L.N.M. Perquin (1991), Werken met een behandelingsovereenkomst in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 1326-1340.
- Pascoc, G.C. (1983), Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 6, 185-210.
- Perquin, L.N.M., E.A.M. Schouten, C. Landheer en L.J.J.M. Geertjens (1991), Dagbehandeling op een psychiatrische opnameafdeling. Een veranderingsproces in de Valeriuskliniek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 1051-1067.
- Schouten, E.A.M. (1991), *Opnamevervangende Dagbehandeling in de Valeriuskliniek*. Scriptie. Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, Valeriuskliniek, Amsterdam.
- Schouten, E.A.M., en L.N.M. Perquin (1991), *Beoordelingslijst Opnamevervangende Dagbehandeling Valeriuskliniek - Stellingen met meerkeuze antwoorden*. Psychiatrisch Centrum Amsterdam Zuid/Nieuw-West, Valeriuskliniek, Amsterdam.
- Visser, A.Ph. (1988), *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten. Doel, methode en beleid*. De Tijdstroom, Lochem.

Summary: The utility of the quality assessment by patients during psychiatric day treatment

In recent years more weight is given to the patient's opinion in quality assessment of health services.

The judgement capacities of hospitalized psychiatric patients can, however, be influenced by mental disorders and situational factors, such as dependence on therapists. The question therefore arises whether their quality evaluation is useful. Thirty patients in day treatment completed a quality assessment questionnaire. Afterwards they were requested to comment on their answers in a semi-structured interview. On this basis a score was assigned expressing the patient's ability to give a well-founded opinion concerning the treatment. It was concluded that three-quarters of the patients were capable of giving a useful judgement of the quality of the treatment received.

De auteurs zijn respectievelijk psycholoog en psychiater en verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Met dank aan prof. dr. W. van Tilburg, prof. dr. R. van Dyck, drs. W.J.J.M. Hageman en drs. L.J.J.M. Geertjens voor hun opbouwend commentaar.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-7-1993.