

Kwaliteitsbeoordeling op gesloten psychiatrische opnameafdelingen: een illustratie van het KWAZOP-instrument

Y.A.M. NIJSSEN, R.J. DE HAAN, A.H. SCHENE, M.W.J. KOETER,
B.P.R. GERSONS

ACHTERGROND Het verblijf op een gesloten opnameafdeling is voor patiënten een ingrijpende episode. De trend dat patiënten met toenemend ernstige problematiek steeds korter op de afdeling verblijven, maakt een kwaliteitsbeoordeling extra relevant.

DOEL Een illustratie van het gebruik van de KWAZOP (kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen) aan de hand van een kwaliteitstoetsing op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. Met het instrument kunnen de kwalitatief goede en minder goede aspecten van zorg worden vastgesteld en teruggekoppeld naar de afdeling, waarna de wenselijke veranderingen kunnen worden geïnventariseerd.

METHODE 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 de verpleegkundig begeleiders 99 vragenlijsten.

RESULTATEN 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.

CONCLUSIE 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. Op basis van een vergelijkbaar onderzoek¹ dat momenteel op een twintigtal gesloten opnameafdelingen plaatsvindt, kunnen kwaliteitsnormen worden geformuleerd. 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.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 545-558]

TREFWOORDEN gesloten opnameafdelingen, kwaliteitsbeoordeling, terugkoppeling

Opname op een gesloten afdeling is waarschijnlijk een van de meest stressvolle ervaringen voor mensen met psychiatrische problematiek (Morrison 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 & 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 vierentwintiguursopname, 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 geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en andere zorgsectoren dan ook samen te werken op het gebied van wonen, arbeid, educatie, participatie en veiligheid (Schene & Henselmans 1999).

Vooralsnog wijzen de cijfers niet op een duidelijke afname van de behoefte aan bedden op een gesloten opnameafdeling. Het aantal bedden is daar weliswaar verminderd en de opnameduur verkort, maar de toename van het aantal (her)opnames is daarmee omgekeerd evenredig (Van Hezewijk 1999). Er is een trend waarneembaar dat patiënten met toenemend ernstige problematiek steeds korter op een gesloten opnameafdeling verblijven (Nijssen & Schene 1996). Sinds de invoering van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (1994) is bovendien het aantal onvrijwillige opnamen sterk gestegen, met als gevolg 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 casemanagement 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 uit gebrek aan continuïteit van zorg voort te komen, 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 het aantal bedden op gesloten afdelingen over het land, het gebruik van wachtlijsten door gesloten afdelingen en het ontbreken van nazorg na ontslag bevindingen waren (Nijssen & 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 & 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 geneeskundig 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 zoveel 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 dertien en achttien 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 vier opties: (a) onvoldoende/voldoende; (b) onvolledig/volledig; (c) altijd/nooit of (d) ja/nee. De betrouwbaarheid van de subschalen in termen van homogeniteit en test-hertestbetrouwbaarheid is goed (Nijssen e.a. 2000).

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 en (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 bleek om de verschillende aspecten van de afdeling te beoordelen die in de vragenlijst aan de orde komen (Guiot 1997).

Aan alle patiënten werd informed consent gevraagd en bovendien werden een aantal demografische en klinische kenmerken vastgelegd, zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, juridische status en psychiatrische voorgeschiedenis. Na het interview met de patiënt werd door de interviewer gescoord op een vierpuntsschaal of het kwaliteitsoordeel betrouwbaar was. De interviewer baseerde zich daarbij op verschillende momenten tijdens het interview waar de patiënt gevraagd werd voorbeelden bij of argumenten voor de score van zijn/haar keuze te geven. De behandelaar en de verpleegkundig begeleider werd verzocht hun gedeelte van de KWAZOP in te vullen. Van de medisch-ethische commissie was goedkeuring voor het onderzoek verkregen.

Verschillen tussen de drie ziekenhuizen wat betreft patiëntkenmerken werden geanalyseerd met de chi-kwadraattoets, 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 kwaliteitsscores van de ziekenhuizen multivariaat vergeleken met behulp van logistische regressieanalyse waarbij gecorrigeerd werd voor die patiëntkenmerken die in de univariate analyse samenhang vertoonden met het kwaliteitsoordeel ($p < .30$). De gecorrigeerde associaties tussen ziekenhuizen en kwaliteitsoordelen werden in odds ratios uitgedrukt (met 95% 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 (Z1, Z2, Z3) aan de inclusiecriteria; 54 patiënten uit Z1, 58 uit Z2 en 59 uit Z3. Door haast bij ontslag dan wel overplaatsing werd zestien patiënten (vier uit Z1, zes uit Z2, zes uit Z3) niet om medewerking gevraagd. Drieëntwintig van de 155 patiënten, vijf uit Z1 (10%), tien uit Z2 (19%) en acht uit Z3 (15%) weigerden om uiteenlopende redenen (niet in staat, niet geïnteresseerd, uit onvrede) aan het onderzoek deel te nemen. In totaal werden 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 of minder dagen 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 de verpleegkundig begeleiders van de patiënten werden respectievelijk 12 en 10 lijsten niet retour ontvangen.

Kwaliteitscores 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 deze onderdelen als onvoldoende. Daarbij werd door het merendeel van de behandelaars en verpleegkundig begeleiders de continuïteit van zorg en het verpleegplan als onvoldoende gescoord. In Z3 overheerste een onvoldoende score bij de onderdelen 'verpleegkundige zorg', 'betrokkenenschaal', 'toepassing van dwangmaatregelen', 'continuïteit van zorg' en 'verpleegplan'.

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

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)
Geslacht				
vrouw	19 (46)	12 (39)	19 (51)	0.58
man	22 (54)	19 (61)	18 (49)	
Leeftijd				
< 38 jaar	16 (39)	19 (61)	20 (54)	0.15
≥ 38 jaar	25 (61)	12 (39)	17 (46)	
Geboorteland/culturele achtergrond				
Nederland	33 (80)	22 (71)	28 (76)	0.64
ander land	8 (20)	9 (29)	9 (24)	
Woonsituatie				
alleenwonend	20 (49)	18 (58)	11 (30)	0.05
samenwonend	21 (51)	13 (42)	26 (70)	
Opleiding				
L.O., LVO, LBO, MAVO	26 (63)	7 (23)	20 (54)	< 0.01
MBO, HAVO, VWO, HBO, W.O.	15 (37)	24 (77)	17 (46)	
Diagnose				
psycho-organische stoornissen	-	-	-	0.23
schizofrenie, schizofreniforme, schizoaffectieve, korte reactieve en paranoïde psychosen en psychosen NAO	16 (52)	9 (41)	17 (65)	
stemmingsstoornissen (uni- en bipolair)	15 (48)	13 (59)	9 (35)	
overige diagnoses	-	-	-	
Juridische status				
vrijwillig	21 (51)	16 (52)	23 (62)	0.56
(deels) gedwongen	20 (49)	15 (48)	14 (38)	
Psychiatrische voorgeschiedenis				
eerste gesloten opname	22 (54)	17 (55)	22 (59)	0.87
eerder op gesloten afdeling opgenomen	19 (46)	14 (45)	15 (41)	
Opnameduur				
≤ 21 dagen	15 (37)	23 (74)	17 (46)	< 0.01
> 21 dagen	26 (63)	8 (26)	20 (54)	

L.O.	lager onderwijs	HAVO	hoger algemeen voortgezet onderwijs
LVO	lager voortgezet onderwijs	VWO	voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
LBO	lager beroepsonderwijs	HBO	hoger beroepsonderwijs
MAVO	middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	W.O.	wetenschappelijk onderwijs
MBO	middelbaar beroepsonderwijs		

TABEL 2

Ongecorrigeerde kwaliteitscores KWAZOP op subschaalniveau per ziekenhuis
(onvoldoende, voldoende)

		Z1	Z2	Z3
		n (%)	n (%)	n (%)
Patiëntendeel (kernschalen)		(n = 41)	(n = 31)	(n = 37)
(Medische) behandeling	onvoldoende	16 (39)	9 (29)	15 (40)
	voldoende	26 (61)	22 (71)	22 (60)
Verpleegkundige zorg	onvoldoende	20 (49)	11 (36)	21 (57)
	voldoende	21 (51)	20 (64)	16 (43)
Betrouwbaarheid/veiligheid	onvoldoende	10 (24)	8 (26)	13 (35)
	voldoende	31 (76)	23 (74)	24 (65)
Vrijheid/privacy	onvoldoende	25 (61)	17 (55)	15 (40)
	voldoende	16 (39)	14 (45)	22 (60)
Patiëntendeel (facultatieve schalen)		(n = 32)	(n = 25)	(n = 27)
Betrokkenenschaal	onvoldoende	17 (53)	13 (52)	16 (59)
	voldoende	15 (47)	12 (48)	11 (41)
		(n = 18)	(n = 19)	(n = 8)
Dwangschaal	onvoldoende	16 (89)	12 (63)	7 (88)
	voldoende	2 (11)	7 (37)	1 (12)
Deel behandelaars en verpleegkundigen		(n = 36)	(n = 24)	(n = 29)
Continuïteit	onvoldoende	17 (47)	22 (2)	20 (69)
	voldoende	19 (53)	2 (8)	9 (31)
Behandelplan	onvoldoende	9 (26)	9 (37)	8 (28)
	voldoende	25 (74)	15 (63)	21 (72)
Verpleegplan	onvoldoende	8 (22)	20 (83)	17 (59)
	voldoende	28 (78)	4 (17)	12 (41)
Doeltreffendheid	onvoldoende	11 (31)	1 (4)	16 (55)
	voldoende	25 (69)	23 (96)	13 (45)

TABEL 3 Vergelijking ziekenhuizen op basis van subschaalscores KWAZOP met behulp van logistische regressieanalyse gecorrigeerd voor kenmerken* van de patiëntenpopulatie die samenhangen met het kwaliteitsoordeel ($p < 0.30$)

	Vergeleken met Z1	Odds ratio (OR)	95% BI (OR)
(Medische) behandeling ¹	Z3	.93	.29 - 2.95
	Z2	1.28	.38 - 4.24
Verpleegkundige zorg ²	Z3	.67	.26 - 1.76
	Z2	2.26	.79 - 6.44
Betrouwbaarheid/ veiligheid ³	Z3	.49	.13 - 1.81
	Z2	.35	.09 - 1.41
Vrijheid/privacy ⁴	Z3	2.89	.93 - 8.89
	Z2	1.64	.51 - 5.29
Betrokkenenschaal ⁵	Z3	.39	.11 - 1.47
	Z2	1.63	.40 - 6.67
Dwangschaal ⁶	Z3	1.29	.04 - 46.08
	Z2	***	***
Continuïteit ⁷	Z3	.18	.04 - .81**
	Z2	.03	.003 - .30**
Behandelplan ⁸	Z3	1.48	.38 - 5.83
	Z2	.51	.11 - 2.37
Verpleegplan ⁹	Z3	.11	.02 - .60**
	Z2	.05	.01 - .38**
Doeltreffendheid ¹⁰	Z3	.33	.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)

** 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

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

Kwaliteitscores KWAZOP op itemniveau Om meer inzicht te geven in de betekenis van een voldoende of een onvoldoende subschaalscore van een ziekenhuis wordt in tabel 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%). Door meer dan 50% 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%). Bij het onderdeel 'verpleegkundige zorg' vond meer dan 50% 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%). De overige laag (< 53%) scorende items hadden betrekking op het onderdeel 'privacy/vrijheid'. In Z3 bevonden de relatief laag scorende items zich met name in de subschalen 'medische behande-

ling' en 'verpleegkundige zorg'. De bereikbaarheid van de behandelaar en de items over informatie en overleg over de behandeling werden door minder dan 40% van de patiënten als 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 lager dan 50%.

Bij ongeveer driekwart van de patiënten in alle drie 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%, Z2: 33%, Z3: 30%). In Z2 scoorde de informatie/voorlichting aan de familie relatief laag (54%), in Z3 de aandacht voor de thuissituatie (52%).

Bij 45 patiënten werd een- of meermalen een dwangmaatregel (separatie, afzondering, fixatie of gedwongen medicatie) toegepast: in Z1 bij 18 patiënten (44%), in Z2 bij 19 (61%) en in Z3 bij 8 (22%). 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 patiënten (Z1: 62%, Z2: 21%, Z3: 33%) had daar wel behoefte aan.

In tabel 6 worden per ziekenhuis de kwaliteitscores van de hulpverleners weergegeven.

De subschaalscore 'continuïteit' in Z1 bleek met name negatief beïnvloed te worden doordat ruim 40% van de patiënten na overplaatsing of 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%) of voldoende specifieke kennis aanwezig was (56%). In Z2 scoorden alle items van het verpleegplan en meerdere items met betrekking

TABEL 4

Percentage patiënten met positieve score op de items van patiëntendeel KWAZOP per ziekenhuis

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)
<i>Subschaal 3: betrouwbaarheid/veiligheid in contact</i>			
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)
<i>Subschaal 4: privacy/vrijheid</i>			
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**

* itemscore > 80%, ** itemscore < 60%

TABEL 5 Percentage patiënten met positieve score op de facultatieve items van patiëntendeel KWAZOP per ziekenhuis

Items	Voldoende/(bijna) altijd		
	Z1	Z2	Z3
Betrokkenenschaal	(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**
Toepassing dwangmaatregelen	(n = 18)	(n = 19)	(n = 8)
uitleg reden van toepassing dwangmaatregel	33**	44**	20**
afspraken over verdere 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

* itemscore > 80%, ** itemscore < 60%

tot de continuïteit laag tot zeer laag (0%-56%). Het behandelplan bleek bij meerdere (44%) patiënten niet geëvalueerd en bijgesteld te worden en somatische problemen werden bij 43% 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% van de patiënten niet in voldoende mate besproken. De opnameduur werd bij 50% van de patiënten niet juist gevonden.

BESCHOUWING

Doel van het artikel is een illustratie van het gebruik van de KWAZOP (kwaliteit van de zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen) 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 wen-

selijke veranderingen konden worden geïnventariseerd.

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% van de patiënten niet benaderd. Daarnaast weigerde 15%. Het merendeel (83%) van de betrokken patiënten bleek in staat met de KWAZOP een betrouwbaar oordeel te geven over

TABEL 6

Percentage hulpverleners met een positieve score op items KWAZOP-deel voor behandelaren en verpleegkundigen (n=89)

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 vervolgfafdeling?	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**

* itemscore > 80%, ** itemscore < 60%

de kwaliteit van de zorg. Rekening houdend met weigeraars en patiënten die niet in staat waren mee te werken, is het responspercentage 70%. 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 kwaliteitscores op subschaalniveau tonen in eerste instantie per ziekenhuis of afdeling welke aspecten overwegend voldoende of onvoldoende worden gescoord. 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, hoewel de subschaalscore voor verpleegkundige zorg in Z3 lager tendeerde. Binnen deze subschaal werden onder andere 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'. Alle drie de ziekenhuizen vonden dat de uitkomsten concrete aanknopingspunten boden voor kwaliteitsverbetering.

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 uitgevoerd¹. De KWAZOP blijkt in dit onderzoek op alle afdelingen goed toepasbaar. Het gebruik van het instrument op grotere schaal maakt het niet alleen mogelijk om de variabiliteit in de zorg te onderzoeken, maar ook om tot kwaliteitsnormen te komen. 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.

 De auteurs zijn dank verschuldigd aan de patiënten, behandelaars en verpleegkundigen van de participerende ziekenhuizen. Zonder hun medewerking was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

NOOT

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

LITERATUUR

- Broers, P.J.M., & de Lange, J. (1996). *Agressie in de psychiatrie. Agressie tussen patiënten en verpleegkundigen op gesloten afdelingen*. Utrecht: NCGv.
- Guiot, M. (1997). *Is de patiënt competent? De bruikbaarheid van het kwaliteitsoordeel van patiënten op de gesloten psychiatrische opnameafdeling*. Amsterdam: AMC/Universiteit van Amsterdam.
- Haaster, H. van, & Vink, M. (1996). *Crisishulpverlening in Amsterdam*. Utrecht: Stichting IPR.
- Hemels, I. (1998). Sterke groei dwangopnamen. *Psy*, 8, 10-13.
- Hezewijk, W.J.M. (1999). *Over de herintegratie van de klinische en sociale psychiatrie*. Delft: Eburon.
- Janssen, M. (1995). *Wel en wee van de MFE. Een eerste evaluatie van Multifunctionele Eenheden in Nederland*. Utrecht: NCGv.
- Janssen, M. (1998). *Dwang in Amsterdam. Eindrapport van het onderzoek Gedwongen psychiatrische opnemingen in Amsterdam*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Morrison, A.P., Bowe, S., Larkin, W., & Nothard, S. (1999). The psychological impact of psychiatric admission. Some preliminary findings. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 4, 250-253.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., & Ravelli, D.P. (1999). Stijging van het aantal onvrijwillige opnamen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 103-107.
- Nijssen, Y.A.M., & Schene, A.H. (1996). Gesloten psychiatrische afdelingen voor acute opnamen. Een onderzoek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 5, 497-510.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., & de Haan, R.J. (1999). Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 651-663.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., & de Haan, R.J. (2000). Ontwikkeling en klinimetrische evaluatie van de KWAZOP. Een kwaliteitbeoordelingsinstrument voor gesloten opnameafdelingen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 8, 496-504.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., de Haan R.J., & Gersons, B.P.R. (1997). Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 11, 1109-1123.
- Ridder, D. de (1991). *Greep op kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelder van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht: NCGv.
- 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.
- Schene, A.H., & Henselmans, H.W.J. (1999). Psychiatrische revalidatie in Nederland en Vlaanderen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 7/8, 719-728.
- Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke gezondheidszorg (1999). *Jaarverslag 1998*. Utrecht: Stichting PVP GGZ.
- Trochim, W.M.K. (1989). An introduction to concept-mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning*, 12, 1-16.

AUTEURS

Y.A.M. NIJSSEN, verpleegkundig onderzoeker, is 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.

A.H. SCHENE, chef de clinique van het zorgprogramma stemmingsstoornissen en hoogleraar sociale psychiatrie, M.W.J. KOETER, universitair docent, en B.P.R. GERSONS, hoogleraar psychiatrie en lid Raad van Bestuur, zijn allen verbonden aan de MFO Psychiatrie AMC/De Meren.

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

Strijdige belangen: vervolgonderzoek met het KWAZOP-instrument wordt gesubsidieerd door het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 12-4-2000.

SUMMARY

Quality assessment on closed psychiatric admission wards: An illustration of the KWAZOP-instrument – Y.A.M. Nijssen, R.J. de Haan, A.H. Schene, M.W.J. Koeter, B.P.R. Gersons –

BACKGROUND Admission on a closed psychiatric ward is a most stressful experience. The tendency that patients with increasing serious psychiatric problems stay on the admission wards for shorter periods of time stresses the importance of a quality assessment.

AIMS An illustration of the application of the KWAZOP (an instrument to assess the quality of care on closed psychiatric admission wards) on the basis of a quality assessment on closed psychiatric admission wards. With the KWAZOP qualitative good and lesser aspects of care are determined and reported to the ward personnel. Subsequently suggestions for quality improvement can be given.

METHODS 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 complete a questionnaire. From February to August 1997 132 patients were interviewed who were discharged from the closed admission wards of three psychiatric hospitals (Z1, Z2 en Z3). One hundred and nine interviews (Z1: 41 patients, Z2: 31 en Z3: 37) proved to be reliable. Psychiatrists returned 97 questionnaires and nurses 99.

RESULTS The patients assessed the scales (medical) treatment and reliability/safety predominantly as sufficient, the use of compulsory measures scored predominantly as insufficient. On scale level there were no significant differences in patient scores between the hospitals. The scale scores of the psychiatrists and nurses of the three hospitals differed significantly on the themes: 'continuity of care', 'nursing plan' and 'efficiency'. The scores on item level showed the items which accounted for the sufficient or insufficient scale scores. Based on these outcomes the quality of care could be improved.

CONCLUSIONS The staff on the wards considered the outcomes to be realistic and useful. As yet, objective standards or values of reference to compare the scales and item scores with, do not exist. The present application of the KWAZOP on more than 20 admission wards allows us to develop these standards for care. Moreover, the project enables evaluation of the association between ward characteristics (organisation, staffing) and quality assessment. In doing so, interpretation of the outcomes of a ward becomes more valuable.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 8, 545-558]

KEYWORDS closed admission wards, feedback, quality assessment