

KWALITEIT: VAN ONDERZOEK NAAR PRAKTIJK

Jan Niessen
Stichting de Reeve

Tijdens een bijeenkomst georganiseerd door het netwerk van kenniscentra, sprak professor Post. Hij constateerde dat in de universiteiten veel kennis op de plank ligt die niet wordt gebruikt. Dat nodigt uit om eens in de kasten te gaan kijken en na te gaan of er bruikbare kennis voor handen is. In dit artikel wordt een illustratie gegeven van het toepassen van beschikbare universitaire kennis betreffende kwaliteit, in de praktijk van orthopedagogische behandelcentra voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke handicap.

In de meeste zorginstellingen in Nederland is het streven naar een goede kwaliteit van zorg al van ouds aanwezig. Nadat in 1996 de wet op de kwaliteit van zorginstellingen van kracht werd, wordt met dit streven meer bewust omgegaan. De orthopedagogische behandelcentra in Drenthe, Flevoland en Overijssel gaan in deze ontwikkeling mee. Gezamenlijk zoekt men naar mogelijkheden om het kwaliteitsbeleid te concretiseren in aansprekende, begrijpelijke en praktische termen. In dat zoekproces wordt men geconfronteerd met het veelomvattende begrip kwaliteit. Een begrip dat alles omvat, maar niets zegt als het niet wordt gedefinieerd. Van Gastel (2001) wijst op deze complexiteit die met deze definiëring gepaard gaat. Met de ontwikkeling van het KOMPAS heeft zij een poging gedaan om de structuren die voor een doelgerichte, doeltreffende en cliëntgerichte zorg nodig zijn, voor de LVG in beeld te brengen. Met behulp van het KOMPAS hebben de genoemde behandelcentra een beeld gevormd van de kwaliteit van hun zorgstructuur.

Nu is een onderzoek naar de kwaliteit van het zorgproces aan de orde. Daarbij doen de behandelcentra niet tevergeefs een beroep op bestaand onderzoek. Ze sluiten aan bij het onderzoek van Swennenhuis die vorig jaar promoveerde.³ In dit artikel wordt een deel van haar onderzoek besproken en de toepasbaarheid in de praktijk getoetst.

Het onderzoek van Swennenhuis

Het proefschrift van Swennenhuis (2004) bestaat uit een serie artikelen waarin zij een overzicht geeft van de internationale literatuur over kwaliteit van zorg, een Delphi-onderzoek naar indicatoren van de kwaliteit van het zorgproces, de ontwikkeling van een meetinstrument en een onderzoek met behulp van dat instrument. Evenals bij van Gastel (2001) baseert Swennenhuis zich vooral op de inzichten van Donabedian. De kwaliteit van het zorgproces wordt bepaald door de mate waarin de doelen worden bereikt. Als centrale doelen noemt Donabedian:

- a. het bevorderen van welzijn en gezondheid
- b. het behouden van welzijn en gezondheid
- c. het herstellen van welzijn en gezondheid

Voor kinderen met een licht verstandelijke handicap voegt hij daaraan toe:

- d. het helpen omgaan met problemen
- e. voorzien in steun voor het gezin.

Vervolgens onderscheidt hij drie dimensies aan de kwaliteit van zorg.

1. de structuur (hierop heeft van Gastel zich gericht)
2. het proces (Swennenhuis)

³ Zie *Onderzoek en Praktijk*, 2004, Jrg.2, nr.1 pg.38.

3. de resultaten (een aspect van het onderzoek dat Moonen volgend jaar hoopt te publiceren)

Swennenhuis geeft vervolgens aan dat de definiëring van de kwaliteit van het zorgproces ook afhankelijk is van het perspectief van waaruit men definieert. Bij de ontwikkeling van een meetinstrument zal deze overweging meegenomen worden. Om het begrip kwaliteit van het zorgproces te operationaliseren heeft Swennenhuis gebruik gemaakt van de Delphi-methode. De Delphimethode is een methode om met behulp van het oordeel van deskundigen consensus te bereiken over bepaalde vraagstukken. Aan 59 personen, ouders, groepsleiders, leerkrachten, managers, en stafleden (12 verschillende disciplines) werd gevraagd een vragenlijst in te vullen. Op basis van literatuuronderzoek werden in de vragenlijst definities gepresenteerd van 41 aspecten van de zorg. Aan de respondenten werd gevraagd voor ieder aspect één of meer indicatoren te noemen. In totaal werden 1141 indicatoren voor de aspecten verkregen. Nadat deze thema's over de aspecten waren verdeeld, kregen de invullers opnieuw een vragenlijst voorgelegd waarbij per aspect en thema kon worden aangegeven of men de indicatoren van belang achtte.

Het onderzoek resulteerde in het vaststellen van 11 aspecten: planning, realiseren van doelen, beoordeling van het resultaat, verantwoordingsbereidheid, empathie, betrokkenheid, interactie, samenwerking, vertrouwen, informatie en het bevorderen van zelfzorg. Voor ieder aspect werden een aantal thema's vastgesteld. Ter illustratie de thema's gerelateerd aan het aspect "interactie": respect voor grenzen, benadering van de cliënt als een persoon met een zorgvraag, aandacht voor ervaringen en ideeën van het kind en rekening houden met het cognitief niveau.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek heeft Swennenhuis een meetinstrument ontwikkeld om de KWAliteit van het ZorgProces (KWAZOP) in beeld te brengen. Voor de door haar onderscheiden intake, behandel en evaluatiefase werden vanuit vier verschillende perspectieven vragenlijsten ontwikkeld. Het instrument is daardoor theoretisch gezien breed inzetbaar. Het geeft de gebruiker de mogelijkheid om perspectieven te kiezen en daarmee de betrekkelijkheid van de resultaten aan te geven. In figuur 1 geven we een overzicht van de verschillende vragenlijsten die beschikbaar zijn

<i>Fase</i>	<i>Intake</i>	<i>behandeling</i>	<i>evaluatie</i>
<i>Perspectief</i>			
Zorgverlener / professional			
Cliënt			
Ouders			
Plaatsers			

Figuur 1. Vragenlijsten KWAZOP

Per vragenlijst werd voor iedere indicator, ontleend aan de thema's aan het Delphi-onderzoek een vraag geconstrueerd, waarop drie antwoorden mogelijk zijn. Bijvoorbeeld:

55. Past het gedrag van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

ja	nee	weet niet
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De totale vragenlijst voor professionals, ouders, cliënten en plaatsers omvat voor de behandel fase ruim zeventig vragen. Deze werden verdeeld in schalen. Voor het onderzoek werden alleen die schalen gebruikt die intern consistent bleken. In figuur 2 wordt een overzicht van de schalen gegeven:

Bij toepassing kan verwacht worden dat op basis van de metingen uitspraken gedaan kunnen worden over de kwaliteit van het zorgproces. Toch zal daarbij de nodige voorzichtigheid in acht genomen moeten worden omdat de psychometrische kwaliteiten van het instrument nauwelijks werden onderzocht. De toepassing in de praktijk kan daar wellicht een bijdrage aan leveren. Het gebrek aan normen zal mogelijk een probleem opleveren.

schaal	omschrijving
Evaluatie	De wijze waarop wordt nagegaan of de behandeling van de jeugdigen werkt
Doelen	De wijze waarop behandeldoelen tot stand komen
Multidisciplinaire Samenwerking	Het samenwerken tussen de verschillende disciplines (groepsleiding-staf-leidinggevend) in het OBC
Attitude	De houding van de zorgverlener ten opzichte van ouders en jeugdige
Kennis	De kennis die de zorgverleners hebben over de jeugdige, zijn geschiedenis, zijn gezin, school en capaciteiten
Informatie	Het informeren van cliënt, ouders en andere betrokkenen over de voortgang van de behandeling
Planning	Planning en uitvoer van de behandeling
Participatie	De wijze waarop jeugdigen en ouders bij de behandeling worden betrokken
Ontwikkeling	Het aanpassen aan de ontwikkelingsmogelijkheden van de jeugdigen

Figuur 2. Schalen van de KWAZOP

Het kwaliteitsbeleid binnen de Holding van orthopedagogische behandelcentra in Drenthe, Flevoland en Overijssel voor kinderen en jeugdigen met een licht verstandelijk handicap

Binnen de holding is in 2001 een begin gemaakt met het in beeld brengen van de kwaliteit van zorg. Een onderzoek met behulp van het KOMPAS (van Gastel, 2001) resulteerde in een beeld van de kwaliteit van de zorgstructuren. Er werden op basis van dit onderzoek verbetervoorstellen geformuleerd. Kwaliteitsprocessen laten zich immers kenmerken door meten, plannen en uitvoeren. Een jaar later werd de kwaliteit van het zorgproces met behulp van een semi-interne carrousel-audit beoordeeld volgens de normen van het HKZ-certificatieschema, gevolgd door een rapport met verbetervoorstellen. Een carrousel-audit is een audit waarin functionarissen uit verschillende werkstichtingen participeren. Een tweetal (of veelvoud daarvan) vanuit de eerste twee behandelcentra auditen het derde centrum.

In het kwaliteitsbeleid wordt een periodieke cliëntenraadpleging voorgesteld. Daarbij worden beurtelings ouders en cliënten zelf geraadpleegd. In 2003 werd een cliënttevredenheidsonderzoek uitgevoerd waarbij gebruik is gemaakt van de hierboven beschreven KWAZOP.

Inmiddels is er een trajectplan ontwikkeld dat leidt tot certificering. Een van de voorwaarden tot certificeren is dat er systematisch cliënten raadplegingen plaats vinden.

Toepassing van de KWAZOP

De respondenten

Voor het onderzoek werden ouders geselecteerd van kinderen waarvoor ten minste tweemaal een behandelbespreking had plaatsgevonden.

De voorbereiding van het onderzoek startte met het informeren van de cliëntenraad en de ouders in het algemeen via een nieuwsbrief.

De geselecteerde ouders werden middels een brief door de directie gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Enkele dagen na ontvangst van de brief nam de onderzoeker telefonisch contact op met de ouders en vroeg opnieuw hun medewerking. Als de ouders daarin toestemden werd aan hen de keus voorgelegd op welke wijze zij de vragen wilden beantwoorden: zelf het formulier invullen en per post terug sturen, samen met de onderzoeker invullen, thuis of in het behandelcentrum. In figuur 3 worden het aantal vragenlijsten en de keuzes van invullen door de ouders weergegeven. 30 van de 43 ouders gaven de voorkeur aan een interview.

	<i>DREEI</i>	<i>DE EIK</i>	<i>DE REEVE</i>	<i>HOLDING</i>
Beantwoording via de post	2	3	8	13
Beantwoording in behandelcentrum	0	1	1	2
Beantwoording thuis middels een interview	8	10	10	28
Totaal	10	14	19	43

Figuur 3. overzicht respondenten

Naast de feitelijke tijd voor het interview (1 uur) was reistijd, tijd voor het uitwerken van notities nodig. Door de verschillende woonplaatsen en de tijdstippen waarop de ouders

beschikbaar waren voor het interview verliep de planning niet efficiënt. Deze wijze van werken met de KWAZOP is dus arbeidsintensief.

Tijdens de interviews maakten de ouders opmerkingen over toevoegingen die zij hadden bij de vragen. Deze opmerkingen werden genoteerd en later bij de interpretatie van de resultaten betrokken. Over het algemeen verliepen de interviews in een ontspannen sfeer, ook als de ouders kritisch stonden ten opzicht van het behandelcentrum. Ze leken de onderzoeker te beschouwen als een objectieve buitenstaander die naar hun kritiek luisterde. Een tweede ervaring die werd opgedaan kan als weerstand tegen de vragenlijst worden beschouwd. Soms waren de verschillen tussen de vragen zo gering dat ouders ze niet konden begrijpen. Zeker wanneer men te maken heeft met ouders die vermoedelijk zelf een verstandelijke beperking hebben, ervaart men de moeilijkheidsgraad als interviewer aan den lijve. Er moet veel worden uitgelegd. Ter illustratie hiervan de vragen 55 en 56:

55. Past het gedrag van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

56. Past de handelwijze van de zorgverleners bij de verwachtingen die u heeft?

Het behoeft geen betoog dat het verschil tussen “gedrag” en “handelwijze” moeilijk is uit te leggen aan een moeder die zelf niet kan vertellen in welk jaar ze geboren is.

In de vragenlijst worden een aantal biografische gegevens van de ouders gevraagd. Van deze gegevens werd nagegaan of ze een verklaring konden zijn voor de variantie in de scores. Dat bleek binnen dit onderzoek niet het geval te zijn. Dat betekent o.a. dat de geografische afstand tussen de woonplaats van het gezin en de vestigingsplaats van de behandelgroep, niet van invloed is op de kwaliteitswaardering door de ouders. De verschillen tussen de behandelcentra zijn onderling statistisch niet significant. In figuur 4 wordt een overzicht gegeven van de gegevens van de ouders.

		<i>DREEI</i>	<i>DE EIK</i>	<i>DE REEVE</i>	<i>HOLDING</i>
Leeftijd ouders		42,4	44,1	45,8	44,1
Burgelijke stand	Gehuwd	4	7	9	20
	Gescheiden	4	4	7	15
	Ongehuwd	2	2	3	7
	Onbekend		1	0	1
Verblijfsduur (in maanden) kind in behandelcentrum		40,1	33,6	40,5	38,1
Afstand huis - behandelcentrum		54,2	37,1	32,1	41,1

Figuur 4. gegevens over de ouders die bij het onderzoek betrokken waren

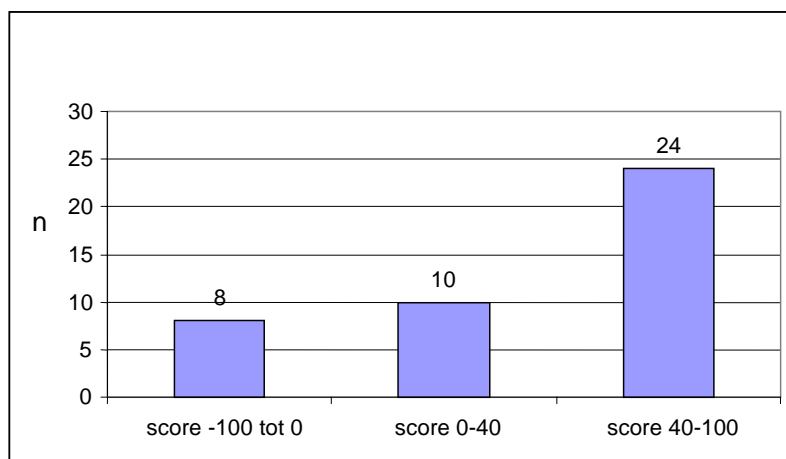
Scoring

De scoring met behulp van de KWAZOP gaat als volgt: Ieder ja-antwoord wordt gewaardeerd met +1, een nee-antwoord met -1 en weet niet/ geen mening met 0. De score *s* wordt vervolgens berekend met de formule $s = \text{som} / n * 100$. Daarmee kan *s* een waarde aannemen van +100 tot -100. In tabel 5 wordt een overzicht gegeven van de totaal-scores

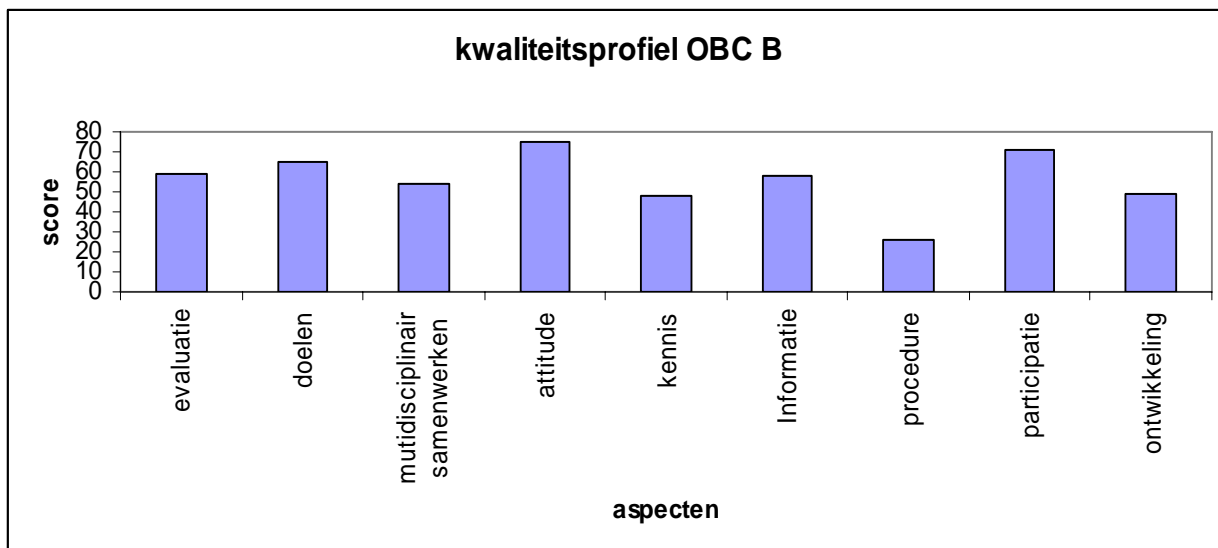
op de KWAZOP die gevonden werden tijdens het onderzoek in de drie behandelcentra. De gemiddelde score bij het onderzoek was 40.

Profielen

Door de gemiddelde score per schaal te berekenen, kan een kwaliteitsprofiel voor het orthopedagogische behandelcentrum worden geconstrueerd. Dit profiel kan duidelijk maken wat, vanuit het perspectief van de ouders, de sterke en zwakke kanten van de instelling zijn. Ter illustratie het profiel van OBC B. Attitude en participatie zijn sterke kanten, procedure is relatief zwak.



Figuur 5. Overzicht totaalscores KWAZOP



Figuur 6. Kwaliteitsprofiel van een orthopedagogisch behandelcentrum

Omdat er nog geen normen zijn ontwikkeld voor de KWAZOP wordt, om toch iets over de scores te zeggen, gebruik gemaakt van een Bench-mark techniek waarbij de scores van verschillende behandelcentra onderling worden vergeleken. Naast de scores van de drie werkstichtingen uit de holding konden uit de dissertatie van Swennenhuis de scores worden verkregen van een vierde instelling. In figuur 7 staan deze scores in een tabel vermeld. De verschillen tussen de scores van drie behandelcentra zijn statistisch niet significant. Behandelcentrum C scoort op vrijwel alle schalen significant lager.

Voor de lagere score van behandelcentrum C kan een verklaring gegeven worden. Onder de groep van geïnterviewde ouders bevonden zich relatief een groot aantal ouders die rond de behandeling van hun kind recent een confrontatie hadden meegemaakt. Hun antwoorden tijdens het interview werden daardoor gekleurd.

	A	B	C	SWENNENHUIS
evaluatie	38	59	9	54
doelen	36	65	7	49
mutidisciplinair samenwerken	65	54	23	53
attitude	58	75	47	68
kennis	67	48	42	61
Informatie	49	58	37	51
procedure	24	26	8	38
participatie	42	71	26	55
ontwikkeling	50	49	31	18

Figuur 7. Vergelijking scores op de schalen van de KWAZOP

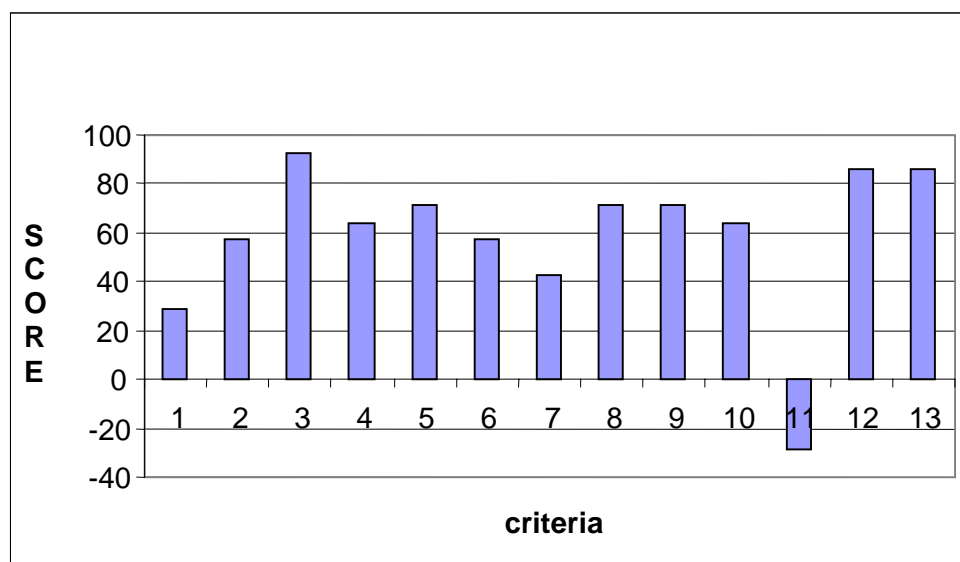
In de rapportage werd iedere schaal met de resultaten besproken volgens een vast patroon. Begonnen wordt met een korte omschrijving van de inhoud van de schaal. Vervolgens worden de criteria of indicatoren vermeld. Daarna worden de scores op de criteria grafisch weergegeven, gevolgd door de opmerkingen die de ouders tijdens de interviews maakten. De beschrijving van de schaal werd afgesloten met het formuleren van een aantal verbeter voorstellen. Ter illustratie volgt hierna de beschrijving van de schaal Evaluatie zoals die in een der rapporten is opgenomen.

Korte omschrijving: *de wijze waarop wordt nagegaan of de behandeling van de jeugdigen werkt.*

Criteria

1. *Evaluatiemomenten zijn tevoren vastgelegd*
2. *Evaluatiecriteria zijn bij de zorgverleners bekend*
3. *Zorgverleners zijn betrokken bij de evaluatie*
4. *Zorgverleners zoeken verklaringen voor niet bereikte doelen*
5. *Tijdens de evaluatie worden nieuwe doelen afgesproken*
6. *Zorgverleners beschikken over begin- en eindmeting zodat effect toetsbaar is*
7. *Zorgverleners beoordelen het effect zoveel mogelijk op basis van gestandaardiseerd onderzoeksmateriaal*
8. *De evaluatie vindt plaats met cliënt en/of ouders*
9. *Bij de evaluatie wordt naar positieve en negatieve factoren gekeken*
10. *Er bestaat consensus tussen de betrokken disciplines over de effectevaluatie*

11. De betrokken disciplines brengen al dan niet het behalen van doelen in verband met eigen sterke en zwakke punten
12. Het nakomen van afspraken wordt geëvalueerd
13. Er bestaan afspraken over de wijze van evalueren



Figuur 7. Scores per criterium

Aanvullende opmerkingen ouders tijdens de interviews

- Je moet er zelf om vragen om er achter te komen waarom iets niet gelukt is
- Als ouders trekken we zelf een conclusie over de vooruitgang van ons kind
- Er is teveel sprake van werken op korte termijn
- We moeten als ouders er veel achteraan om te horen hoe afspraken zijn uitgevoerd
- Autisme wordt te gemakkelijk als excuus gebruikt voor het nog niet bereikt zijn van doelen
- Gesprekken verzanden snel

Verbetervoorstellen

Binnen het behandelcentrum functioneert een goede structuur voor het stellen van concrete doelen, de advieslijst. Ook de methodiek, die zijn basis vindt in het competentiemodel, biedt daartoe goede mogelijkheden. Bij het evalueren, het nagaan of doelen bereikt zijn en het zoeken van oorzaken van niet gerealiseerde doelstellingen kan in de ogen van de ouders nog een kwaliteitsverbetering gerealiseerd te worden. In de onderstaande verbetervoorstellen wordt daartoe een expliciete aanzet gedaan.

- I. *Neem in de methodiek een regel op waarin wordt aangegeven dat ouders formeel worden geïnformeerd over het bereiken van een doel.*
- II. *Neem in de methodiek een regel op waarin de factoren die van invloed kunnen zijn voor het niet bereiken van doelstellingen.*

- III. *Betrek ouders bij het vaststellen van het al dan niet bereikt zijn van doelen. (De Goal Attainment Scaling biedt daartoe mogelijkheden).*
- IV. *Onderzoek of de systematiek en planning van de evaluatie nog beter bekend kunnen worden gemaakt bij de ouders.*

Conclusie

Wie als werker in de praktijk gebruik wil maken van kennis die door onderzoek is verkregen, moet er rekening mee houden dat deze kennis naar de praktijk vertaald moet worden. Het onderzoek van Swennenhuis is grondig en wetenschappelijk verantwoord verlopen. Het biedt zeker mogelijkheden tot verdere praktijkgerichte ontwikkeling. Met een knipoog naar validiteits- en betrouwbaarheidseisen is het toch gelukt om voorstellen tot kwalitatieve verbetering van de zorg te doen. Het arbeidsintensieve praktijkonderzoek kan wellicht verlicht worden door een vereenvoudigde en verkorte versie van de KWAZOP te ontwikkelen. Misschien bedoelde professor van der Molen zoets toen hij eens opmerkte dat “na de promotie het werk pas begint”. Daarin ligt niet alleen een opdracht naar de promovendus, maar ook naar de praktijk. Het tijdschrift “Onderzoek en Praktijk” biedt daarvoor een podium.

Literatuur

- Gastel, W. van (2001). *Promotieonderzoek: Quality evaluation of the care structure in treatment centers for mildly mentally retarded children and young people with emotional and behavioral disturbances* Dissertatie. Universiteit Utrecht (zie OWO 2001,4)
- Swennenhuis, P.B (1999). *Wat is de kwaliteit van het zorgproces voor kinderen met een verstandelijke handicap.* (zie OWO, 1999, 2)
- Swennenhuis, P.B. (2004). *Quality of care for children with mild intellectual disabilities.* Dissertatie. Universiteit Utrecht.
-