

Onderzoek op het gebied van gezondheidszorg: beperkingen en mogelijkheden

DOOR DRS. F. T. DE BOOM-VAN DUIN*

VOORGESCHIEDENIS

Op instigatie van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, V. C. L. Tielens, heeft begin 1974 een oriënterende bespreking plaats gevonden over het verlangen naar wetenschappelijke uitdieping van de samenwerking in de gezondheidszorg** en de kwaliteit van de geboden zorg. Verondersteld werd dat onderzoek *** van deze zaken, waaraan grote maatschappelijke relevantie moet worden toegekend, zowel voor het beleid als voor de praktijksituatie belangrijke gegevens zou kunnen opleveren. Aan deze oriënterende bespreking hebben deelgenomen vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Instituut, de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G., de Commissie Huisartsen Samenwerking, de Intagon Werkgroep Organisatie Ontwikkeling alsmede de voorzitter en de vice-voorzitter van het N.H.G.

Bij deze bespreking bleek onduidelijkheid te bestaan over hetgeen

ieder verstond onder termen als onderzoek en evaluatie. Impliciet is bijvoorbeeld aangenomen dat „toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek” werd bedoeld wanneer over „onderzoek” werd gesproken. Voorts verhinderden verschillen in opvatting dienaangaande de formulering van een gemeenschappelijke doelstelling en opdracht.

Bij dit niet bevredigend verloop van de bespreking werd alléén gesproken over de mogelijkheid van evaluatie-onderzoek en wel in de zin van nagaan of gezondheidscentra**** en groepspraktijken betere of kwantitatief meer hulp bieden dan solistische werkers. Daarbij werd verondersteld dat een dergelijk evaluatie-onderzoek een duidelijk antwoord zou kunnen geven op de vraag welke vorm van hulpverlening de voorkeur verdient.

Teneinde eenduidigheid te brengen in de terminologie en om op andere onderzoeksmogelijkheden te wijzen heb ik na deze bespreking mijn ge-

ming kennis en inzicht te vergroten.

**** Met gezondheidscentrum wordt voorlopig bedoeld: het samenwerken van medische, paramedische en andere disciplines — bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen — waarbij de verschillende disciplines in hetzelfde gebouw werken (of daarnaar streven) en zich in een of andere vorm gezamenlijk op de patiënten/cliënten richten. Hierbij wordt (nog) niets gezegd over de bereidheid om op een bepaalde wijze samen te werken, de verdeling van verantwoordelijkheden en de reikwijdte van de hulpverlening (wijk, buurt). Dit ter onderscheiding van groepspraktijk, waarin de samenwerking blijft beperkt tot die tussen huisartsen en ook van een gemeenschappelijk gebouw en gemeenschappelijke hulpkrachten gebruik wordt gemaakt.

Samenvatting. In dit artikel wordt een aantal redenen gegeven waarop betwijfeld wordt of een groots opgezet evaluatie-onderzoek, waarin de resultaten van gezondheidscentra en groepspraktijken worden vergeleken met die van solistische werkers c.q. praktijken, op dit moment realiseerbaar is. Tevens worden vraagtekens gezet bij de zin van een dergelijk onderzoek.

Vervolgens wordt een aantal andere mogelijkheden tot onderzoek besproken, namelijk: actie-onderzoek, doelstellingen-onderzoek en onderzoek naar het functioneren van gezondheidscentra en groepspraktijken. Verder wordt de mogelijkheid van een veldverkenning met het oog op eventueel toekomstig onderzoek aangestipt. Laatstgenoemde vormen van onderzoek worden meer zinvol en op dit moment beter uitvoerbaar geacht dan evaluatie-onderzoek. Bovendien wordt erop gewezen dat explicitering van vooronderstellingen en uitgangspunten noodzakelijk is aangezien zij in hoge mate de vraagstellingen voor onderzoek bepalen.

Tot slot worden enkele condities genoemd waardoor toegepast sociaal wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen tot ontwikkelingen in de praktijk („het veld”).

dachten op papier gezet en het resultaat daarvan aan de deelnemers als discussiestuk voorgelegd. Op verzoek van enkelen hunner is dit discussiestuk omgewerkt tot een artikel, dat daarna door de deelnemers is besproken en gecommentarieerd en in de daarbij verkregen eindredactie hierthans verschijnt mede namens de volgende deelnemers van deze studiegroep: Dr. I. Ekker, lid van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het N.H.G.; Dr. C. A. de Geus, vice-voorzitter N.H.G.; J. F. Jongeneel, directeur N.H.G.; mevrouw Drs. M. Siegenbeek van Heukelomde Boer, voormalig medewerkster van het N.H.I.; V. C. L. Tielens, voorzitter N.H.G. en B. J. van Vianen, voorzitter Commissie Huis-

* Projectleidster bij de stichting Itoba: Instituut voor toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding. Deze stichting is een voortzetting van Intagon Werkgroep Organisatie Ontwikkeling (I.W.O.O.). De stichting Intagon is met ingang van 1 januari 1975 opgeheven.

** Gemakshalve wordt hier steeds de gebruikelijke term „gezondheidszorg” gehanteerd; het is de vraag of deze term de meest adequate is: hierover is verdere oriëntatie gewenst.

*** Met onderzoek wordt steeds bedoeld toegepast sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Hieronder wordt verstaan het onderzoek, dat in eerste instantie erop is gericht tot de oplossing van praktijkproblemen bij te dragen; dit ter onderscheiding van fundamenteel onderzoek, dat vooreerst bedoeld door theorievoor-

artsen Samenwerking. C. P. Bruins, directeur N.H.I. en Drs. J. van der Zee, wetenschappelijk medewerker N.H.I. konden zich in grote lijnen achter de strekking van dit artikel plaatsen. Zij hadden echter een aantal kanttekeningen bij bepaalde passages; dit zal binnenkort worden gepubliceerd.

Het doel van dit artikel is drieledig:

1 de discussie op gang brengen over de functie van onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg en over de onderzoeksprioriteiten, welke men op dit moment zou willen stellen;

2 inzicht geven in de problemen die kleven aan een groots opgezet evaluatie-onderzoek in voornoemde zin;

3 de beleidsvoerende instanties duidelijk maken dat het onjuist is maatregelen op het gebied van de gezondheidszorg uit te stellen in afwachting van eenduidige onderzoeksresultaten, die aangeven welke vorm van hulpverlening „de beste” is en daarom zou moeten worden gestimuleerd.

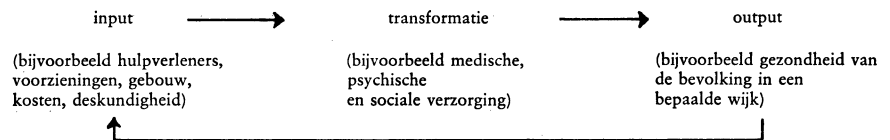
BEPERKINGEN AAN EEN GROOTS OPGEZET EVALUATIE-ONDERZOEK

Om een aantal redenen wordt getwijfeld aan zin en aan uitvoerbaarheid van een evaluatie-onderzoek in de betekenis van een vergelijking van de resultaten van gezondheidscentra en groepspraktijken met die van solistische praktijken, waarbij het doel is te bepalen welke vorm van gezondheidszorg „betere” of „meer” hulp biedt. Eerst wordt een aantal overwegingen genoemd waarom de uitvoerbaarheid op dit moment wordt betwijfeld, daarna wordt op de zin van een dergelijk onderzoek ingegaan. Dit zijn twee los van elkaar staande vraagstukken, die beide beperkingen kunnen opleveren voor een evaluatie-onderzoek.

De redenen, waarom een dergelijk evaluatie-onderzoek nog niet uitvoerbaar wordt geacht, zijn de volgende:

1. De doelstellingen, die men met

Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.



de gezondheidszorg bereiken wil, lopen uiteen. Zowel tussen de werkers onderling als bij de overheid verschillen de ideeën over wat men uiteindelijk wil bereiken met de te bieden hulp. Een voorbeeld ter verduidelijking: Is men tevreden met de hulp als deze leidt tot het opheffen van lichamelijke en psychosociale dysfuncties (hetgeen mogelijk tot uiting komt in het ontbreken van klachten) óf ziet men het doel van de gezondheidszorg meer in termen van een „optimaal functioneren van de mens”? Kiest men voor het laatste, wat is dan „optimaal” en wie bepaalt de inhoud daarvan? Van deze problematiek getuigt onder meer de discussie tussen *Aakster* en *Meyers* over „Wat is gezondheid?” naar aanleiding van de wijze waarop *Aakster* het doel van de gezondheidszorg heeft omschreven.

Mogelijk kunnen velen ten behoeve van het praktische werk volstaan met een vrij vage en algemene doelstelling. Men kan zich voorstellen dat dezen zich kunnen verenigen met een algemene doelstelling als „het voorkómen en opheffen van lichamelijke en psychosociale dysfuncties”. Wil men echter door middel van onderzoek het werk evalueren, dan is het noodzakelijk deze doeleinden meetbaar en zeer concreet te maken en liefst formuleren in gedragstermen; alleen dan zijn zij hanteerbaar (ofwel te observeren en te voorspellen) voor onderzoek. Juist bij het verder concretiseren van dergelijke, meer algemene doelstellingen, komen verschillen duidelijker naar voren. Men zal zich dan bijvoorbeeld moeten uitspreken over: „Wat doet iemand die optimaal functioneert?”; „Waar ligt de grens tussen goed functioneren en dysfunctioneren?”. Verder moet worden vastgesteld hoe zich binnen

een meer algemene doelstelling de doelen van de verschillende disciplines verhouden; waar liggen de grenzen en de overlappingsen? Kortom: in termen van het hierna volgende model (zie punt 2) betekent dit dat men van mening verschilt over welke „output” gewenst zou zijn.

2. Wil men door middel van onderzoek op een verantwoorde manier verschillende vormen van gezondheidszorg vergelijken, dan moet de praktijksituatie aan een aantal onderzoeksvoorwaarden voldoen. Stel men hanteert het in *figuur 1* gegeven eenvoudige model*. De resultaten van de vormen van hulpverlening (hier „verzorging”) moeten vergelijkbaar zijn om bijvoorbeeld na te gaan welke vorm van hulpverlening goedkoper is. Met andere woorden, de „output” moet men constant kunnen houden wil men de kosten van verschillende vormen van hulp verantwoord met elkaar kunnen vergelijken. Een schijnbaar simpele vraag als „Welke vorm van gezondheidszorg is goedkoper, gezondheidscentra of solistische werkers?” is daarom zeer moeilijk te beantwoorden.

Wil men — om nog een ander voorbeeld te noemen — nagaan welke vorm van hulp kwalitatief het beste is (welke „output” het hoogste

* Dit model wordt nogal eens in literatuur over organisatie-ontwikkeling gehanteerd. Het model is hier ingevuld zoals wordt verondersteld dat het momenteel door de overheid zou worden ingevuld. Deze veronderstellingen zijn afgeleid uit de onderzoeksvragen die door de overheid worden gesteld. Aangezien de vooronderstellingen die aan deze onderzoeksvragen ten grondslag liggen nog zelden expliciet zijn gemaakt, staat deze manier van invullen nog geheel ter discussie; zij wordt hier alleen gebruikt ter verduidelijking van de hierop volgende tekst.

is), dan moet de „input” vergelijkbaar zijn, dat wil zeggen men moet vergelijkbare dienstenpakketten kunnen samenstellen. Dit betekent dat men niet zonder meer een solistische werker met een gezondheidscentrum kan vergelijken, maar vergelijkbare groepen werkers moet zien te vinden. Bovendien verschillen bijna alle centra in hun manier van werken, in teamsamenstelling en in een aantal andere belangrijke factoren. Men kan daarom niet spreken van één onderzoeksobject: „hét gezondheidscentrum” bestaat niet.

Nog moeilijker wordt het voor de praktijksituatie om aan de voor een onderzoek te stellen voorwaarden te voldoen als men door middel van een evaluatie-onderzoek bepaalde verbanden of samenhangen wil leggen tussen een aantal factoren (in onderzoekstermen „variabelen”). Stel men wil samenhang aantonen tussen een of meer van de input-factoren, zoals mate van samenwerking of kosten, en de „output” of resultaten, bijvoorbeeld een gezondere bevolking. Men moet dan in staat zijn een aantal factoren systematisch te variëren („onafhankelijke variabelen”, in dit geval mate van samenwerking of kosten) en dan nagaan of andere factoren („afhankelijke variabele”, in dit geval de mate van gezondheid van de bevolking) op een bepaalde verwachte manier mee-variëren met de aangebrachte veranderingen in de onafhankelijke variabelen. Dit moet dan bij voorkeur gebeuren terwijl een aantal andere factoren, die ook de afhankelijke variabele zouden kunnen beïnvloeden, constant wordt gehouden. Dit kunnen andere „input”-factoren zijn of het hulpverleningsproces zelf („verzorging”)*. Bij dit voorbeeld is voor het gemak aangenomen dat het transformatieproces een soort „black box” is; een grote onbekende waar je iets instopt en waar weer iets uitkomt. Het is echter zeer de vraag of dat terecht is, of niet juist bepaalde factoren in dat trans-

formatieproces (de „black box”) de „output” sterk beïnvloeden. Onderzoekingen naar de resultaten van de verschillende vormen van trainingen en therapieën wijzen in die richting (*Lieberman en anderen, De Boom van Duin, Goldstein en anderen*). Dit alles betekent dat een groot evaluatie-onderzoek met bovengenoemde probleemstelling onmogelijke eisen zou stellen aan de praktijksituatie. Bovendien leven in het veld andere prioriteiten. De hulpverlening moet doorgaan; dat vinden de werkers zelf belangrijker dan een dergelijk onderzoek.

3. Mede als gevolg van de twee hiervoor genoemde problemen is het moeilijk om eenduidige onderzoeks-criteria te vinden; met andere woorden moeilijk om tot overeenstemming te komen over de factor(en) welke men van doorslaggevend belang acht en op basis waarvan later beslissingen zullen worden genomen. Deze criteria kunnen zelfs onderling strijdig zijn. Wie bepaalt dan welk criterium wordt gekozen? Waarschijnlijk zal men tot een compromis moeten komen en een aantal criteria moeten vaststellen dat men herleidt tot een uiteindelijk samengesteld criterium. Bovendien komt men onontkoombaar voor de zeer moeilijke opgave om op verantwoorde manier te bepalen hoe enkele variabelen zich tot elkaar verhouden, met andere woorden, hoe de variabelen te wegen. Bij het wegen van variabelen wordt aangegeven welke factoren of variabelen men minder of meer belangrijk vindt. Deze beslissingen moet men zowel bij een samengesteld criterium nemen (bijvoorbeeld als bepaalde doelen wel worden bereikt, andere doelen in beperkte mate en andere niet, wanneer wordt het resultaat van de hulp dan wel of niet geslaagd genoemd?) als bij het afwegen van het belang van de verschillende variabelen ten opzichte van elkaar. Hoe weegt men bijvoorbeeld 20 procent hogere kosten af tegen een 10 procent gezondere bevolking?

Dergelijke problemen zijn alleen op te lossen als men beschikt over een

veelomvattend organisatiemodel voor de gezondheidszorg en/of over een duidelijke theoretische of ideologische visie, waarbinnen een aantal beslissingsregels is vastgelegd. Binnen dat (beperkte) kader kan men een keuze doen en prioriteiten stellen: deze beslissingen gaan echter alleen op binnen dát organisatiemodel of als men uitgaat van de desbetreffende visie. Dit betekent dat de keuze van de criteria en het afwegen van de verschillende variabelen ten opzichte van elkaar altijd aanvechtbaar zijn. Mensen, die zich niet bij de resultaten kunnen of willen neerleggen, kunnen zich altijd op basis van een andere visie of een ander model distantiëren van het onderzoek. De beste procedure is daarom dat men eerst tot een aantal beleidsuitspraken komt. Dan kan men aangeven waar in het kader van dat beleid onzekerheden en vraagpunten liggen. Hierop kunnen dan deelonderzoeken worden gericht.

4. De heren C. P. Bruins en J. van der Zee noemen in een brief aan het N.H.G.-bestuur het ontbreken van goede onderzoeksmethoden en meetinstrumenten een belangrijke belemmering om met evaluatie-onderzoek te beginnen. Gezien de onder 1, 2 en 3 genoemde problemen lijkt dit eerder een afgeleid probleem. Eerst zal men een voor onderzoek vatbare probleemstelling moeten formuleren, de doelstellingen van het onderzoek moeten bepalen, criteria moeten kiezen, de afhankelijke en onafhankelijke variabelen moeten specificeren en tevoren moeten expliceren welke visie en beslissingsregels men gaat hanteren. Als men eenmaal zover is, zal het weliswaar een moeilijke en tijdrovende zaak zijn om de gekozen variabelen meetbaar te maken, maar het zal niettemin uitvoerbaar zijn. Het is echter pas zinvol variabelen meetbaar te gaan maken als men precies weet wat men wil gaan onderzoeken en men weet wat men met de resultaten wil en kan gaan doen.

Tot zover een aantal problemen van meer onderzoek-technische aard. Los van de uitvoerbaarheid van een

* Deze eisen hangen samen met het gegeven dat in één onderzoek altijd maar een beperkt aantal variabelen kan worden onderzocht.

evaluatie-onderzoek kan men zich afvragen of het zinvol is op dit moment een ongetwijfeld tijdrovend en kostbaar onderzoek op gang te brengen. Eerst zal men zich moeten uitspreken over de vraag of een groot evaluatie-onderzoek zinvol wordt geacht; bij die vraag komen enkele desiderata in het geding om de volgende overwegingen:

A. Vrijwel geen van de gezondheidscentra functioneert in deze fase zoals de daarbij betrokkenen graag zouden willen. Er zijn nog vele moeilijkheden. Sommige centra zitten nog midden in de start-problemen. Andere problemen hangen samen met de gebrekkige organisatie van de gezondheidszorg of met het wennen aan en inspelen op de intensievere samenwerking (*I.W.O.O.*). De ontwikkelingen in de centra gaan bovendien vrij snel. Onderzoekingen, die zich over lange tijd uitstrekken zullen spoedig zijn achterhaald. Dit pleit ervoor met evaluatie-onderzoek te wachten tot de centra een stabilisatie-periode hebben bereikt, waarin zij van mening zijn redelijk te functioneren.

B. Met het Nederlands Huisartsen Instituut wordt in twijfel getrokken of een dergelijk evaluatie-onderzoek veel beleids-relevante gegevens zal kunnen opleveren. Enkele medewerkers van het N.H.I. stellen dat de vraag, of multi-disciplinaire en mono-disciplinaire samenwerkingsvormen in het algemeen moeten worden bevorderd, op andere wijze zal moeten worden beantwoord (zie ook punt C). Zouden er in het gunstigste geval deugdelijke gegevens uitkomen, dan is het nog de vraag of de overheid die feitelijke gegevens bij haar beleid zal betrekken. Omdat de keuze van de criteria geschiedt op basis van een ideologische of theoretische visie is deze altijd aanvechtbaar. Vanuit het onderzoek kunnen daarom moeilijk garanties worden verkregen dat de overheid iets met de resultaten gaat doen. Alleen als de overheid zelf eenduidige criteria kan aangeven kunnen garanties voor toepassing van de resultaten worden verkregen. Op dit moment wordt dit

bij de overheid vaak onmogelijk of ongewenst geacht. In dat geval kan de overheid de keuze van deze criteria ook aan het veld overlaten, waarbij zij wel als voorwaarde kan stellen dat men iets met de resultaten gaat doen. Dat wil niet zeggen dat deze feitelijke gegevens daarom minder belangrijk zouden zijn; wel, dat tevens de mogelijkheden met deze feiten te gaan werken afgewogen en waar mogelijk beïnvloed moeten worden.

C. Los van de vraag of de centra betere hulp bieden dan solistisch werkenden, blijkt steeds meer dat de vorming van centra de mogelijkheid biedt een aantal organisatorische en structurele problemen op het gebied van de gezondheidszorg het hoofd te bieden. Hierbij wordt onder meer gedacht aan spreiden van verantwoordelijkheden, mogelijk maken van kwaliteitscontrole, beter kunnen waarmaken van de preventieve doelstelling, betere communicatie en afstemming tussen verschillende disciplines, inkomensnivellering, gezondheidszorg beter toegankelijk maken voor de cliënt. Het is de vraag of deze (mogelijke) voordelen al niet opwegen tegen eventuele hogere kosten. Hier wordt bewust „eventuele hogere kosten” gezegd, aangezien het de vraag is of deze hoger zullen blijven nadat de aanloopkosten achter de rug zijn. Ook op basis van dergelijke argumenten kan men de ontwikkeling van centra stimuleren. Het blijkt dat men bij de overheid in deze richting gaat denken, met name uit het advies van de zogenaamde „Commissie Festen” en tevens uit de „Structuurnota gezondheidszorg” van *Hendriks*. Om deze overwegingen wordt het nut van evaluatie-onderzoek op dit moment sterk betwijfeld. Aan andere soorten onderzoek wordt de voorkeur gegeven.

MOGELIJKHEDEN VOOR ONDERZOEK OP HET GEBIED VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Hoewel meer soorten onderzoek mogelijk zinvol zijn, wordt hier met name aan de volgende drie onder-

zoeksmogelijkheden gedacht:

1. *Actie-onderzoek*. Dit type onderzoek is vooral geschikt om aan problemen van de werkers in het veld te (helpen) werken, ontwikkelingen vast te leggen en de resultaten van verschillende acties om problemen op te lossen, systematisch te evalueren. Men kan zich dit soort onderzoek als volgt voorstellen: door middel van een inventariserend onderzoek spoort men de problemen in een aantal centra op; samen met de werkers wordt bepaald aan welke problemen men het eerst wil werken en wordt aldus de actie uitgevoerd. Het effect van deze interventies op de problemen wordt vervolgens door middel van onderzoek geëvalueerd; de acties worden bijgestuurd of nieuwe acties worden ontworpen, al naar gelang de resultaten van de evaluatie. Ook deze nieuwe acties worden geëvalueerd.

Het is dus een proces waarin acties en evaluatie worden afgewisseld. Met name bij dit soort onderzoek treedt de onderzoeker of het onderzoeksinstituut tevens als agoog of corrector op. Deze verschillende rollen kunnen ook worden gekoppeld aan twee nauw samenwerkende personen. De toepassing van de onderzoeksresultaten ten behoeve van het op gang brengen van correcties krijgt hier grote nadruk: immers deze toepassing is een integraal deel van het onderzoeksproces. Bij de term „acties” moet daarom worden gedacht aan een agoog ten dienste staande methodieken bij het begeleiden van veranderingsprocessen (advisering, teambegeleiding, training, enzovoort). Schematisch kan men zich dit onderzoeksproces voorstellen (*Vermeul-van Mullem*) als in *figuur 2* is verbeeld.

In het veld verrichten de hulpverleners hun werk. Hierbij kunnen zich problemen voordoen.

fase a: een veldprobleem wordt voor onderzoek aangeboden. Men signaleert bijvoorbeeld dat de teamvergaderingen niet naar wens verlopen, maar weet niet waardoor dat komt.

fase b: dit veldprobleem wordt „vertaald” in een of meer onderzoeksvraagstukken. Hierbij treedt

reductie van de werkelijkheid op: specifieke verschijnselen worden weggelaten, men beperkt zich tot een relatief klein aantal (meestal meer algemene) factoren, bijvoorbeeld welke condities voor samenwerking ontbreken, of de leiderschapsfuncties voldoende worden vervuld, en zo nee, welke niet?

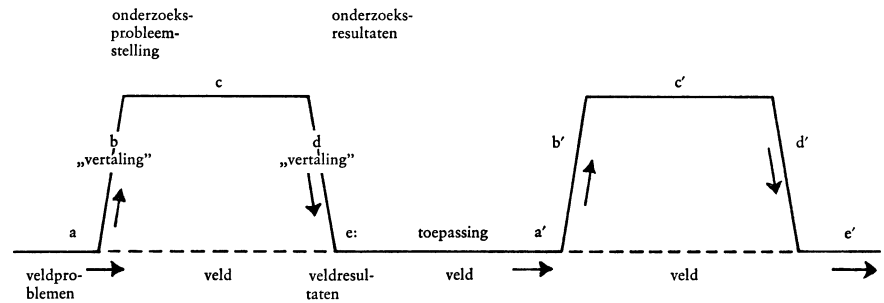
fase c: deze fase wordt vaak gezien als onderzoek in engere zin, namelijk het maken van een onderzoeks-ontwerp, het kiezen van de variabelen en de onderzoeks-groepen, het meetbaar maken van de variabelen, de materiaalverzameling en -verwerking en tenslotte de presentatie van de onderzoeksresultaten. Vooral in fase b. en c. dragen alle betrokkenen tezamen verantwoordelijkheid voor de activiteiten.

fase d: de onderzoeksresultaten worden vertaald in voor het veld bruikbare resultaten. In het genoemde voorbeeld zou met het team kunnen worden besproken welke betekenis de resultaten hebben voor het eigen functioneren, waar de knelpunten liggen en hoe men daaraan zou kunnen werken.

fase e: toepassing van de vertaalde resultaten in de praktijksituatie. Hier komen wij op het vaststellen van een strategie voor verandering (bijvoorbeeld het oplossen van de samenwerkingsproblemen) en de uitvoering ervan. Dit betekent dat de onderzoeker of iemand anders in deze fase corrigerend gaat optreden, daarbij gebruik makend van de onderzoeksresultaten. Dergelijke acties kunnen ook worden gericht op de verbetering van de hulpverlening of op het meer betrekken van de cliënt bij de gezondheidszorg (bijvoorbeeld plannen en uitvoeren van sociale acties), al naar gelang de soort veldproblemen welke men de onderzoeker aanbiedt.

Bij a' begint een nieuw onderzoeksproces om na te gaan of het op gang gebrachte veranderingsproces inderdaad tot de gewenste resultaten heeft geleid. De probleemstelling verandert dus bijvoorbeeld in „In hoeverre heeft men door de sociale actie de gewenste doelen bereikt?” Hierbij worden weer dezelfde fasen doorlo-

Figuur 2. Voor verklaring zie tekst.



pen. Het resultaat kan zijn dat met sociale actie enkele doelen niet zijn bereikt en men de actie-strategie op een aantal punten zal moeten wijzigen. Deze bijgestuurde actie wordt daarna uitgevoerd en weer geëvalueerd, enzovoort. Het voordeel van dit soort onderzoek is dat het direct aansluit bij de problemen die in de centra leven en bij de behoefte van vele werkers aan begeleiding bij het oplossen van deze problemen. Deze manier van onderzoek biedt meer garanties die bevorderen dat toegepast wetenschappelijk onderzoek zijn doel bereikt: namelijk bij te dragen aan de oplossing van praktijkproblemen. Onderzoek is hier middel om problemen op te lossen. Bovendien is dit type onderzoek relatief van korte duur en zo flexibel dat nieuwe ontwikkelingen in de centra juist deel van het onderzoek kunnen worden en niet behoeven te interfereren.

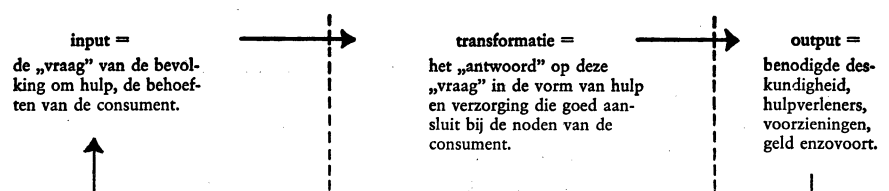
2. *Doelstellingen-onderzoek.* Hiermee wordt bedoeld beschrijvend onderzoek naar de basis-filosofie van waaruit de werkers denken en werken. Het zou ons inziens zeer zinvol zijn om na te gaan in hoeverre de werkers het medische model, gebaseerd op natuurwetenschappelijk denken, inmiddels hebben los gelaten en daarvoor in de plaats een nieuwe basis-filosofie hanteren. In hoeverre komt de tendens om de cliënt meer bij de hulp te betrekken voort uit een

andere basis-filosofie waarin andere aspecten van de mens meer centraal staan, zoals het humanisme? Onze indruk is dat de hulpverleners en mogelijk ook de beleidsbepalende instanties bij het loslaten van het medische model min of meer met lege handen zijn komen te staan. Vele werkers in de gezondheidszorg zijn onzeker over de vraag „of men het zo wel goed doet”. Zij zijn nogal eens teleurgesteld over het resultaat van sociale acties. Maar moet het dan wel?

Door middel van een doelstellingen-onderzoek kan men gegevens verkrijgen om een nieuwe, waarschijnlijk ingrijpend gewijzigde basis-filosofie mee op te bouwen. Hieraan zouden de werkers in de toekomst nieuwe richtlijnen voor de hulpverlening aan de cliënt en de beleidsbepalers nieuwe denk- en beslissingsmodellen kunnen ontleen. Een gevolg kan zijn dat het in *figuur 1* gegeven model inhoudelijk wordt veranderd als weergegeven in *figuur 3*; de manier, waarop dit model hier wordt ingevuld, staat geheel ter discussie.

In dit model bepaalt de bevolking zelf welke hulp aansluit bij haar behoeften. Hiervan wordt afhankelijk gesteld welke hulpverleners, voorzieningen en kosten daarvoor nodig zijn. Dit in tegenstelling tot de manier waarop dit model eerder (*figuur 1*) is

Figuur 3. Voor verklaring zie tekst.



ingevuld; daar wordt juist uitgegaan van de gelden, welke men wil besteden aan voorzieningen en hulp. Van deze kosten wordt afhankelijk gesteld welke hulpverlening mogelijk wordt gemaakt. In dit kader is de kostenbaten of rendementsvraag zeer relevant. Zoals het model hier is ingevuld is de vraag naar de goedkoopste vorm van gezondheidszorg minder relevant, terwijl het criterium voor efficiëntie de afname van of verandering in behoeftenpatroon is.

Nu worden andere onderzoeksvraagstellingen en -vraagstellingen van groter belang, zoals de volgende:

hoe krijgt men greep op de „vraag” om hulp bij de bevolking?;

hoe stemt men het „antwoord” het beste af op de door de bevolking gestelde „vraag”?;

wat heeft men daarvoor nodig aan deskundigheid, voorzieningen en hulpverleners, en wat gaat dat alles kosten?;

wat is het resultaat van de inschakeling van bepaalde hulpverleners en deskundigheid op de behoefte aan hulp bij de bevolking?

De vergelijking van deze twee manieren waarop dit model is ingevuld, dient om duidelijk te maken dat het een voorwaarde is om vooronderstellingen en uitgangspunten te expliceren voor men aan onderzoek begint. Deze vooronderstellingen bepalen in hoge mate de vragen die voor onderzoek worden aangeboden en daarmee de richting van de daarop volgende veranderingsprocessen.

Los van het model dat uit een doelstellingen-onderzoek tevoorschijn zal komen, is het van groot belang dat daar, waar het medisch model niet meer voldoet, een andere basisvisie dit vacuüm opvult.

3. *Onderzoek naar het functioneren van de gezondheidscentra.* Op dit moment bestaan nog vele onduidelijkheden ten aanzien van de centra. Het is een nieuw fenomeen, waarop men nog greep moet krijgen. Hierbij kan men zich richten op vragen als: wat verstaat men onder samenwerking?;

waaruit bestaat deze samenwerking nu feitelijk?;

wanneer werkt men samen en waarom?;

welke problemen doen zich daarbij voor?;

hoe verloopt de communicatie en de besluitvorming in de centra?;

hoe kan men de opkomende problemen het beste oplossen?;

wat is de meest geschikte organisatievorm?;

welke disciplines kunnen het beste in een centrum zijn vertegenwoordigd?; is er een optimale grootte van het team; zo ja, welke?;

hoe vindt taakafbakening plaats tussen de verschillende disciplines?;

hoe groot is de bevolkingsgroep waartoe een centrum zich bij voorkeur richt?;

hoe betreft men de bevolking bij de organisatie van de centra en de inhoud van de hulpverlening?

Deze en nog vele andere vragen zijn actueel. Zij zullen moeten worden beantwoord voordat de centra optimaal kunnen gaan functioneren. Ook zal dan pas naar buiten toe duidelijk zijn waarover wij eigenlijk steeds spreken: wat is precies een centrum en onder welke condities kan een centrum het beste functioneren?

Men kan het vraagstuk wat een centrum precies is ook via een andere invalshoek benaderen. Door het maken van een conceptmodel, een soort inhoudsanalyse welke elementen een centrum bevat, bijvoorbeeld aan organisatie en aan samenwerking, kan het mogelijk zijn om te bepalen wat een gezondheidscentrum inhoudt en wat het meer bevat dan andere vormen van hulpverlening. Een dergelijke veldverkenning zal wenselijk zijn voordat men aan onderzoek op dit gebied begint. Reeds eerder is opgemerkt dat „het gezondheidscentrum” niet bestaat. Er zal daarom moeten worden gezocht naar kern-elementen om op een of andere manier het onderzoeksobject te kunnen omschrijven en dit af te perken ten opzichte van andere vormen van hulpverlening. Na een dergelijke veldverkenning zijn de ver-

schillende vormen van hulpverlening beter te onderzoeken.

Concluderend kan worden gesteld dat met het aangeven van de voornoemde onderzoeksprioriteiten een fasering in onderzoek wordt voorgestaan. Eerst zullen deze drie vormen van onderzoek nodig zijn. Pas daarna kan worden beoordeeld of evaluatieonderzoek in genoemde betekenis zinvol is. Wordt deze vraag bevestigend beantwoord, dan is dát het moment om te bepalen of de mogelijkheden om in het veld een dergelijk onderzoek uit te voeren, zijn verbeterd.

CONDITIES VOOR UITVOERING VAN TOEGEPAST SOCIAAL-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Tot slot worden enkele condities genoemd waaronder de uitvoering van onderzoek een grotere kans van slagen heeft en de resultaten kunnen bijdragen tot ontwikkelingen in de praktijk. Hierbij wordt niet gepretendeerd dat deze condities volledig zijn: er worden slechts puntsgewijs enkele ervaringen aangestipt uit de praktijk-situaties van verschillende onderzoekers die bij Intagon Werkgroep Organisatie Ontwikkeling werken.

Het is naar onze ervaring van groot belang om degenen, die belang hebben bij het onderzoek, vanaf het begin hierbij te betrekken. Dit betekent dat er duidelijke communicatielijnen moeten zijn en wel als aangegeven in *figuur 4*.

De beleidsfunctionarissen zijn vaak tevens opdrachtgever en/of financier. Soms zijn de mensen die in het veld werken (praktijkfunctionarissen) zowel cliënt als opdrachtgever, een enkele keer zijn zij bovendien nog financier, bijvoorbeeld in het geval dat een samenwerkend team om begeleiding vraagt en dit zelf financiert. Is dat niet het geval, dan moeten ook zij als belanghebbenden bij de opzet en uitvoering van het onderzoek worden betrokken. Vooral zij, die in de toekomst met de resultaten moeten gaan werken, moeten in de gelegenheid zijn bij te dragen. Im-

mers, de bereidheid om zich daadwerkelijk voor iets in te zetten zal groter zijn naarmate men zich meer betrokken voelt bij de resultaten en voorgestelde acties. Bovendien dalen de onderzoekers af uit hun ivoren toren. Hierdoor kan het onderzoek beter aansluiten bij wat in het veld leeft.

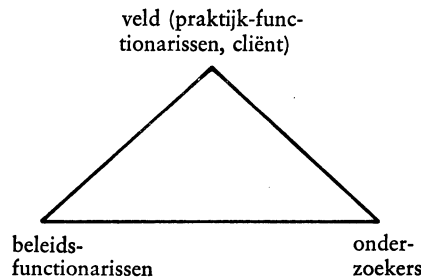
Hier is de nadruk gelegd op de noodzaak van wisselwerking tussen veld, beleid en onderzoekers voor de uitvoering van het onderzoek. Evenzeer is deze wisselwerking van belang voor de ontwikkeling van een onderzoeksbeleid op het gebied van de gezondheidszorg (Witte). Wil men deze wisselwerking op het uitvoerend vlak realiseren, dan zal een tijdelijke organisatie (voor de duur van het onderzoek) in het leven moeten worden geroepen. Daarin zitten dan vertegenwoordigers van de genoemde groeperingen, die op hun beurt weer duidelijke communicatielijnen hebben met de door hen vertegenwoordigde organisatie of groepering. Dit kan men zien als een soort begeleidingscommissie of projectgroep. Hierin heeft ieder een specifieke taak vanuit de eigen achtergrond. Praktijk en beleid zullen inhoudelijk kunnen bijdragen.

De veldvertegenwoordigers hebben tevens tot taak grenzen te stellen wat betreft de investeringen die zij in het onderzoek kunnen doen. Dit om het praktijkproces niet door onderzoek te schaden. De onderzoeker zal zich vooral beijveren wetenschappelijk verantwoorde en relevante gegevens te verkrijgen.

Gezamenlijk zal men projectdoelstellingen en criteria moeten vaststellen, de uitvoering ontwerpen en de gegevens moeten vastleggen. Regelmatig zal de voortgang en uitvoering van het onderzoek moeten worden geëvalueerd aan de hand van tevoren vastgestelde criteria (hier: normen over wat men al dan niet „goed” vindt). Uiteindelijk is men gezamenlijk verantwoordelijk voor het verloop van het project en de toepassing van de resultaten.

Hiermee komen wij aan het laatste punt, het afsluiten van een soort

Figuur 4. Voor verklaring zie tekst.



contract tussen de betrokkenen. Daarmee wordt bedoeld het maken en schriftelijk vastleggen van afspraken, zoals over tijdsinvestering en duur van het onderzoek, grenzen en marges om hiervan af te wijken (bijvoorbeeld niet meer dan 10 procent), verdeling van verantwoordelijkheden (wie is waarvoor verantwoordelijk en op welke termijn); kortom „hard maken” van wederzijdse verwachtingen door middel van afspraken over gedrag. Deze zaken zullen altijd de aandacht verdienen, welke van de genoemde onderzoeksmogelijkheden men ook kiest.

Op de bespreking, die aanleiding gaf tot dit artikel, was onduidelijk wie in de commissie zouden moeten zitten om een keuze in onderzoek te maken en een voorstel uit te werken. Tevens was men onzeker over de werkwijze die daarbij het beste zou kunnen worden gevolgd. Mogelijk bieden de hier genoemde condities voor de uitvoering van onderzoek een aantal aanknopingspunten om deze vragen te beantwoorden.

Tot slot het volgende: het is voor de leden van deze studiegroep zeer belangrijk te weten te komen welke vragen en behoeften aan onderzoek er leven bij de mensen die in het veld werkzaam zijn. Wij nodigen daarom de praktijkwerkers uit ons in kennis te stellen welke problemen en vragen zij graag onderzocht, respectievelijk beantwoord zouden willen zien en welke de onderzoeksprioriteiten daarbij zijn. Zij kunnen deze gegevens sturen naar het secretariaat van het Genootschap dat er zorg voor zal dragen dat zij bij de leden van de studiegroep terecht komen.

Summary. Study in health care; limitations and possibilities. A number of reasons are presented for doubting the practicability, at this time, of a large-scale evaluation study in which the results obtained in health centres and group practices are compared with those of individual therapists or practices. The need for such a study is also questioned.

A number of other possibilities of investigation are discussed: action studies, studies of objectives, and studies of the functioning of health centres and group practices. Mention is also made of the possibility of a field reconnaissance with a view to possible future research. These types of investigation are considered to be more meaningful and more readily practicable at this time than an evaluation study. It is pointed out, moreover, that explicitation of presuppositions and starting-points will be necessary, because this largely determines the problem definitions for research.

Finally, some requirements are listed which applied social research will have to fulfil if it is to contribute to developments in practice („the field”).

- Aakster, C. W. (1973) *Intermediair*, nummer 41.
- Aakster, C. W. en F. M. Meyers (1974) *Intermediair*, nummer 3.
- Boom-van Duin, F. T. de (1974) *Mdbl. Geest. Volksgez.*, nummer 7/8.
- Commissie ad hoc („Commissie Festen”) *Advies inzake de mogelijkheden tot verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg en het functioneren daarvan. Staatsdrukkerij, Den Haag, 1973.*
- Goldstein, A., P. K. Heller en L. B. Sechrest. *Psychotherapy and the psychology of behaviour change. Wiley Inc. New York, 1966.*
- Hendriks, J. *Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsdrukkerij, Den Haag, 1974.*
- I.W.O.O.: Boom-van Duin F. T. de, M. E. Egberts en J. P. J. Bastiaenen. *Nota Gezondheidscentra. Intagon Werkgroep Organisatie Ontwikkeling, Amsterdam, 1973.*
- Lieberman, M. A., I. D. Yalom en M. B. Miles. *Encounter groups: first facts. Basic Books Inc., New York, 1973.*
- Vermeul-van Mullem, A. W. *Kan toegepast sociaal wetenschappelijk onderzoek bijdragen tot het welzijn van jeugdigen? In: Psychologen over het kind. Redactie Wit, J. de, H. Bolje en R. Jessurun Cardozo-van Hoorn. Tjeenk Willink, Groningen, 1973.*
- Witte, B. (1972) *Mdbl. Geest. Volksgez.*, nummer 10.