13 De programma-evaluatie van de geestelijke gezondheidszorg

P. Schnabel

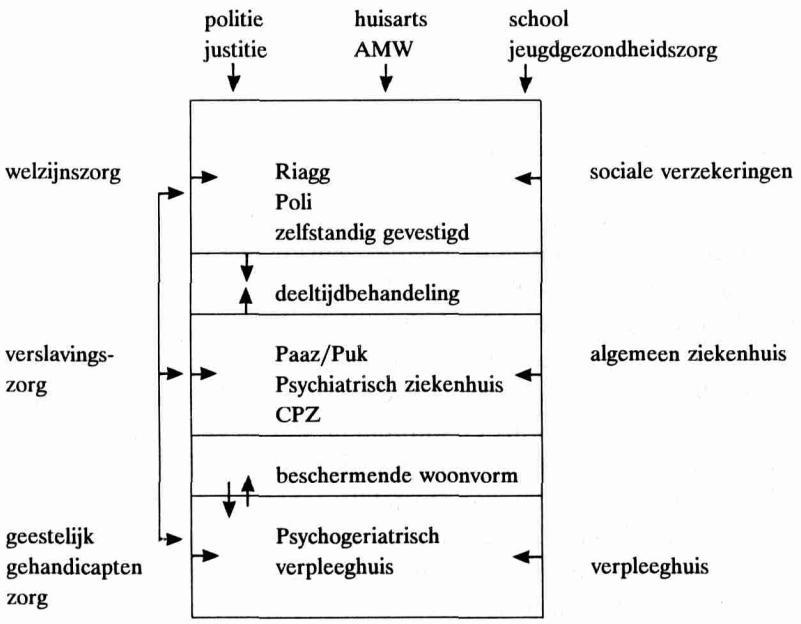
13.1 *De vernieuwing van een sector*

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft zich in de afgelopen twintig jaar ontwikkeld tot een eigen en relatief zelfstandige sector binnen het grotere kader van de gezondheidszorg. In Nederland is dat meer nog dan elders gebeurd en de overheid heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld. Zeker vanaf de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks (1974) is het de overheid geweest die de leiding heeft genomen in een proces van vernieuwing en uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg. Enerzijds richtte het overheidsbeleid zich daarbij op een betere en meer gelijkmatige spreiding van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen over het hele land (regionalisering), anderzijds op een kwalitatieve verbetering van het aanbod aan zorg, zowel in de vorm van een meer gedifferentieerd, rijker en gevarieerder aanbod aan voorzieningen als van een versterking van de samenhang en de samenwerking in en tussen de voorzieningen (Van der Grinten en Vos, 1990).

Aan het begin van de jaren negentig beschikt Nederland over een zowel wat de inhoud, de omvang als de spreiding betreft bijna compleet aanbod aan geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, dat er op het niveau van een (geestelijke) gezondheidsregio ongeveer als volgt uitziet (zie figuur 1).

Op jaarbasis gaat het in de geestelijke gezondheidszorg om zo'n 6 à 700.000 patiëntepisodes, 70.000 arbeidsplaatsen en ruim 5 miljard gulden. Op enkele uitzonderingen na wordt de hele geestelijke gezondheidszorg betaald uit de AWBZ (voor een algemeen overzicht van de ontwikkelingen in de GGZ; zie Idenburg e.a., 1990; voor de kwantitatieve gegevens Jacobs en Bijl, 1991).

Figuur 1 **Overzichtschema 'GGZ en zijn omgeving'**



13.2 *Inspanning en resultaat*

In de wereld van de gezondheidszorg gaat men met de patiënt een inspanningsverplichting en geen resultaatsverbintenis aan: er wordt geen genezing gegarandeerd, wat gegarandeerd wordt is de beste inzet van de hulpverlener. Dat geldt voor de geestelijke gezondheidszorg nog meer dan voor de lichamelijke gezondheidszorg, niet alleen omdat in de GGZ de relatie tussen het probleem van de patiënt en de door de hulpverlener aangeboden behandeling meestal weinig specifiek is (de oorzaken van het probleem zijn vaak niet voldoende bekend of niet te beïnvloeden), maar ook omdat het bij het begin van de behandeling meestal nog niet duidelijk is wat de werkelijke breedte en diepte van het probleem is (het ijsberg-fenomeen). Het doel van de behandeling wordt dan ook vrijwel altijd in zeer vage en algemene termen omschreven.

Traditioneel wordt er in de geestelijke gezondheidszorg vooral veel zorg besteed aan een goed begin van de behandeling (diagnostiek, indicatiestelling), met name in termen van de geschiktheid van de patiënt voor de

beoogde behandeling. Wat men doet, is het zo goed mogelijk scheppen van de voorwaarden voor het bereiken van een gunstig, maar nauwelijks omschreven resultaat van de behandeling. Programma-evaluatie is in de GGZ vooral een poging de geschiktheid van een programma - een behandeling - voor een patiënt of een categorie van patiënten beter te kunnen bepalen en liefst te vergroten, door juist aan het begin van de behandeling duidelijker te formuleren welke doelen aan het eind van de behandeling minstens bereikt moeten zijn om van een succesvolle behandeling te spreken, en welke middelen daar met welke intensiteit gedurende welke tijd voor ingezet zullen worden (Schnabel, 1984).

Programma-evaluatie maakt de hulpverlenersinspanning in de GGZ niet alleen beter toetsbaar in zijn effectiviteit of zinvolheid, maar ook beter controleerbaar in termen van produktiviteit en efficiency. Het overgrote deel van de hulpverlening in de GGZ wordt immers in multidisciplinair verband door instellingen geboden. De hulpverlening door zelfstandig gevestigde, voor eigen rekening en risico werkende psychiaters en psychotherapeuten maakt maar een klein deel van het totale hulpaanbod uit. De patiënt is in de GGZ meestal geen klant die zelf betaalt en de hulpverlener is voor zijn inkomen meestal ook niet van hem afhankelijk. De patiënten melden zich - op verwijzing - aan bij een instelling (worden daarin eventueel opgenomen), er wordt gewerkt in teams en het accent ligt meer op procedures en processen dan op produkten. De individuele hulpverlening wordt vooral gegeven door in loondienst werkzame (teams van) hulpverleners, meestal op aanwijzing van anderen. Met behulp van programma-evaluatie is het mogelijk meer inzicht te krijgen in het rendement van hun nogal bureaucratisch georganiseerde inspanningen.

De behoefte aan programma-evaluatie wordt zeker nog versterkt door de recent gewijzigde financieringsgrondslag van de GGZ. Bij de traditionele inspanningsverplichting paste een 'open end'-financiering: zoveel en zolang hulp als nodig geacht door de hulpverlener werd betaald door de ziektekostenverzekeraar. In feite heeft deze regel in de GGZ nooit onverkort gegolden, maar de recente overgang naar een systeem van budgetfinanciering per instelling, in veel gevallen gecombineerd met produktiviteitsafspraken (Riagg), een regionale opnameverplichting (psychiatrisch ziekenhuis) of een beperkte behandelperiode (Paaz), heeft het bij een vrijwel gelijkblijvend aanbod en een stijgende vraag naar hulp voor de meeste instellingen noodzakelijk gemaakt intern zelf beter inzicht

te verwerven in de besteding van de mankracht en de middelen in relatie tot de taakstelling. Extern werd men door de financiers verplicht dit inzicht te geven en in voorkomende gevallen te beargumenteren waarom men bijvoorbeeld minder produktief is geweest of een ander aanbod heeft gerealiseerd dan andere instellingen met een vergelijkbare taakstelling.

Programma-evaluatie in de GGZ speelt een belangrijke rol in het streven greep te krijgen op de onzekerheid van en in het werk: de contingenties kunnen beter onder controle gehouden worden en de discussie over de werkzaamheid van een behandeling wordt niet meer alleen afhankelijk gemaakt van het professionele oordeel van de individuele hulpverlener. De rationaliteit en de efficiency van het werk in de geestelijke gezondheidszorg nemen toe door het meetbaar maken van de belofte van kwaliteit en effectiviteit (Broekman, Schaap en Schippers 1987). De grote vraag naar hulp en de beperkte capaciteit maken dit type bewaking des te urgenter.

13.3 *Geen beleidsevaluatie maar praktijkevaluatie*

In de geestelijke gezondheidszorg heeft programma-evaluatie al een lange traditie met een aantal heel eigen kenmerken. Minder dan in veel andere sectoren is in de geestelijke gezondheidszorg programma-evaluatie een zaak van het beleidsniveau, laat staan van het overheidsbeleidsniveau. In de geestelijke gezondheidszorg richt de evaluatie zich vooral op de praktijk van hulpverleningsprogramma's, eventueel wel in opdracht van de overheid of een financier, maar dan minder als uitdrukking van hun wens het eigen beleid te evalueren dan als een grondslag voor een mogelijke opname van de betreffende hulpverleningspraktijk in het verstrekkingenpakket of in het financieringskader. In de GGZ richt programma-evaluatie zich vooral op de toetsing van hulpverlening, experimenteel of niet, zoals die geboden wordt door de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De meeste programma's bewegen zich tussen het micro-niveau van de individuele behandeling en het mesoniveau van de hulpverlenende instelling als geheel. Het eigen karakter van de programma-evaluatie in de GGZ heeft sommigen ertoe gebracht liever te spreken van projectevaluatie (Beenackers, 1986).

Het sterke accent op de (programma-)evaluatie van GGZ-hulpverleningsprogramma's heeft te maken met de geschiedenis van programma-evaluatie in de GGZ, zowel in de Verenigde Staten, waar het concept

ontwikkeld is, als in Nederland. Al lang voor de instelling van de Commissie Programma Evaluatie (1986), de aanvaarding van de motie Den Ouden-Dekkers (1984) of de Beleidsnota Gedrags- en Maatschappijwetenschappen (1983) van minister Deetman was het begrip programma-evaluatie in de GGZ bekend en was er ook al onderzoek met een duidelijk programma-evaluatief karakter. Het meest bekende en het meest zuivere voorbeeld in de GGZ is het eind jaren zeventig uitgevoerde programma-evaluatie onderzoek rond het Krisiscentrum Utrecht geweest (Beenackers, 1986). In de woorden van de onderzoekers: "Alles wat in (het Krisiscentrum) Overvecht niet deugde is vertaald naar evaluatiecriteria waaraan het Krisiscentrum Utrecht moest voldoen. Voor wat de selectie betreft, betekende dit dat het Krisiscentrum *iedereen*, die direct hulp nodig had, *onmiddellijk* moest helpen; ongeacht de aard van zijn problemen, of de plaats waar hij zich bevond, of het tijdstip waarop de hulp werd gevraagd, of het soort hulp dat verleend moest worden" (Beenackers, 1982, 253). Wie vertrouwd is met de geestelijke gezondheidszorg, ziet dat hier in een paar regels wordt gevraagd om acute psychiatrie, 7x24-uurs bereikbaarheid, directe toegankelijkheid, 'outreaching' hulp (bijv. huisbezoek), kortdurende psychotherapie, klassieke crisisinterventie, opnamebemiddeling, enz. Daar kwamen nog eisen bij ten aanzien van de arbeidsproduktiviteit, de kwaliteit van de hulp, de kwantiteit, de verwijs- en overdrachtfunctie, de regionale afstemming en samenwerking, het gebruik van noodbedden. Stuk voor stuk heel specifieke en goed meetbare operationalisaties van de algemene en vage inspanningsverplichting.

Tussen 1978 en 1982 zijn er vier onderzoekscycli geweest, waarin steeds werd nagegaan in hoeverre aan het begin van de cyclus vastgestelde criteria (bijv. het aantal daadwerkelijk geholpen cliënten) ook inderdaad werden gehaald. De verschillen tussen norm en werkelijkheid werden geïnterpreteerd (bijv. wie werden niet geholpen, waarom niet, wat zou daaraan te doen zijn) en op die manier konden voor de volgende cyclus weer meer verfijnde criteria worden vastgesteld.

Wat opvalt in het Utrechtse project is vooral de consequentie van de opzet en de striktheid van de toetsing: de criteria worden zeer precies geformuleerd, de toetsing is zeer streng en uit de toetsing worden ook consequenties voor het beleid getrokken. Voorts valt op dat er een cumulatie van kennis en van beleid plaatsvindt: geleidelijk worden de criteria scherper en verfijnder, maar geleidelijk worden ook meer beleidsgebieden als criterium geformuleerd.

Ten slotte valt op dat de wetenschap, dat de toetsing door de onderzoekers beslissend was voor het oordeel over het welslagen van het project en in die zin ook mede het voortbestaan van het Krisiscentrum bepaalde, er zeer toe heeft bijgedragen dat de onderzoekers zo grondig, zo streng en met zo'n strak tempo te werk konden blijven gaan.

13.4 *Steeds meer programma-evaluatie*

Er zijn sinds 1980 heel veel meer of minder strikt gedefinieerde programma-evaluatieprojecten in de geestelijke gezondheidszorg uitgevoerd en in zeker opzicht kan men zeggen dat op het niveau van het hulpverleningsonderzoek programma-evaluatie in de GGZ inmiddels een beetje de plaats heeft ingenomen van de 'clinical trial' in de geneeskunde: de opzet heeft een bijna gestandaardiseerd karakter gekregen en programma-evaluatie is in veel vooral experimentele settings bijna vanzelfsprekend geworden. Een kleine selectie uit de veelheid aan programma-evaluatie studies:

- Follow-up psychotherapeutische gemeenschappen. Longitudinaal onderzoek naar het functioneren van ruim 1500 patiënten na een behandeling in een PG (Koning, 1987; Wagenborg, 1987).
- Het Amsterdamse Morfineverstrekkingsexperiment. Longitudinaal onderzoek naar effecten op het functioneren van zeer ernstig verslaafden (Derks, 1990).
- Evaluatie patiëntenvertrouwenswerk in de psychiatrie (Koel, Van Busschbach en Donker, 1987).
- Preventie Psychose Project Riagg Rotterdam. Ambulante psychiatrische behandeling als alternatief voor een opname in het APZ (Vlaminck, 1989; Asselbergs, 1989).
- Evaluatie clubhuis psychiatrische patiënten 'De Waterheuvel' te Amsterdam (Brinkman en Mastboom, 1989).
- Substitutieproject Assen: dagbehandeling als substitutie voor opname in de psychiatrie (Wiersma e.a., 1989).

Opvallend veel projecten hebben betrekking op pogingen tot vernieuwing van de zorg voor psychiatrische patiënten te komen, met name gaat het dan om zogenaamde substitutieprogramma's, bedoeld om ziekenhuiszorg te laten vervangen door minder omvattende en meer op de behoeften van de patiënten toegespitste zorg. In feite ging het dus om de experimentele uitvoering van programma's die een alternatief vormden voor de instellingshulpverlening.

Polis en Donker (1989) beschreven in totaal zo'n zestig programma-evaluatieve projecten in de geestelijke gezondheidszorg, uitgevoerd in de periode 1980-1987. Sinds die tijd is het aantal projecten van enige omvang al zeker eens zo groot. Polis en Donker gebruikten de volgende selectiecriteria om een onderzoek tot hun inventarisatie toe te laten:

a "Er moest sprake zijn van een programma, d.w.z. een samenhangend geheel van doelstellingen die men wil bereiken en middelen die daarvoor ingezet worden.

b Het moest gaan om een evaluatie (beoordelend, niet alleen beschrijvend onderzoek).

c Het onderzoek moest zijn uitgevoerd met de intentie tot beïnvloeding van de besluitvorming" (p. 4).

In dit laatste klinkt de kernachtige uitspraak van Beenackers (1982, 251) door, dat programma-evaluatie alleen zin heeft "indien daarbij tevens vooraf vaststaat (en achteraf blijkt) dat de uitkomsten consequenties hebben voor het beleid". Het is overigens zeer de vraag of dit voor veel van de projecten van de eerste generatie wel opgaat. Niet minder dan 40% van de door Polis en Donker beschreven projecten was op initiatief van onderzoekers tot stand gekomen, nog eens 40% op initiatief van de instelling zelf of de daar werkzame hulpverleners en de rest - een kleine minderheid dus - op initiatief van financiers of de overheid.

In veel programma-evaluatieve projecten wordt overigens niet zozeer het programma zelf op zijn werkzaamheid beoordeeld, maar de (mogelijke) effecten van het programma op de patiënten (Sijben, 1987) of op de tevredenheid van de patiënten. De waarde van het programma wordt dan als het ware afgeleid uit de situatie of de opinie van de patiënten. Strikt genomen zijn individuele effectmeting en patiëntensatisfactie echter eerder onderdelen van een programma-evaluatie dan dat ze ook zelf en alleen al programma-evaluatie zijn.

Niet altijd ook zijn tevoren al de criteria geformuleerd, waaraan het te evalueren programma moet voldoen om met recht als succesvol te kunnen worden beschouwd. In het algemeen geldt dan, dat een programma-evaluatie dan toch mogelijk is door als het ware reconstructief de doeleinden van het programma, de inzet van de middelen en de aan te leggen criteria te formuleren. De toch wel essentiële ex ante evaluatie ontbreekt dan echter en er is in ieder geval geen sprake van een programma, dat vooraf als zodanig is ontworpen en in zijn consequenties uitgewerkt.

13.5 *Het Amerikaanse voorbeeld*

De ontwikkeling van programma-evaluatie in de Nederlandse GGZ kan niet los gezien worden van de ontwikkeling van de Community Mental Health Centers in de Verenigde Staten en de grote belangstelling daarvoor in de jaren die aan de oprichting van de Riagg's (1982) voorafgingen. In de Verenigde Staten kreeg het streven om te komen tot een samenhangend nationaal netwerk van ambulante voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg al in de jaren zestig vorm. De CMHC's werden verantwoordelijk gesteld voor de geestelijke gezondheidszorg voor de bevolking in een nauw omschreven verzorgingsgebied en dienden voor de bevolking zowel te voorzien in individuele als in gemeenschapsgerichte hulpverlening: therapie zowel als preventie, acute psychiatrie en kortdurende opname, crisisinterventie en diagnose- en indicatiestelling voor andere hulpverleners. Het voorbeeld van de CMHC's heeft in Nederland zijn uitwerking niet gemist op het concept van de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg), die nu elk voor een eigen regio een compleet pakket van ambulante GGZ aanbieden. Er is weinig twijfel over dat de Riagg's het beter doen en succesvoller zijn dan de CMHC's in de Verenigde Staten en dat heeft er zeker mee te maken dat de financiële en wettelijke randvoorwaarden hier beter geregeld zijn (Gersons, Van der Grinten en Schnabel, 1980).

De Community Mental Health Centers zijn geen 'instituten' of 'instellingen' in de traditionele Nederlandse zin van het woord. Het zijn eerst en vooral programma's van hulpverleningsactiviteiten die in een min of meer los organisatorisch kader zijn ondergebracht. In het CMHC-concept zit al veel van het nu ook in het kader van de stelselwijziging in Nederland geïntroduceerde denken in termen van 'functionele verstrekkingen': op de behoefte van de individuele patiënt toegesneden zorgarrangementen, die vanuit heel verschillende en wisselende organisatorische kaders kunnen worden aangeboden.

Voor de GGZ in Nederland is door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid het functie- en programmadenken bepleit als een relativering van het sterk aanbodbepaalde instellings-/verstrekkersdenken dat hier overheersend was en ten dele nog is (NRV, 1989).

De ontwikkeling in de richting van een functionele benadering in de GGZ is echter nog zo recent, dat programma-evaluatie niet zozeer in relatie tot de Riagg's zelf tot ontwikkeling is gekomen (daarvoor waren

de Riagg's toch te veel als 'instellingen' geconcipieerd) als wel in relatie tot de in de jaren tachtig sterk opkomende experimentele zorgprogramma's in zowel de intramurale als de semi- en extramurale geestelijke gezondheidszorg. Van 'continue' programma-evaluatie in instellingsverband is tot nu toe nog maar zelden sprake.

13.6 *De meerwaarde van programma-evaluatie*

De CMHC's werden na 1970 opgericht met federaal geld en zoals dat in de Amerikaanse verhoudingen gebruikelijk is: federaal geld legitimeert niet wat ermee gefinancierd wordt (in Nederland is juist overheidsfinanciering de ultieme erkenning!). Federaal geld moet zichzelf verdedigen tegen de veronderstelling dat het weggegooid geld is en wat ermee gefinancierd wordt moet zichzelf bewijzen als nuttig en zinvol. Vanaf 1970 was het mogelijk 1% van het voor community mental health beschikbare budget in te zetten voor evaluatie van hulpverleningsprogramma's en -instellingen. Het National Institute of Mental Health voerde in de jaren daarna een groot aantal evaluation studies uit en ontwikkelde zo een voor de GGZ eigen variant van programma-evaluatie (NIMH, 1976).

In 1975 verplichtte een wetswijziging de CMHC's zelf om 2% van hun eigen budget te besteden aan: "a program of continuing evaluation of the effectiveness of its programs in serving the needs of the residents of its catchment area and for a review of the quality of the services provided by the center". In deze omschrijving komen duidelijk enkele van de voor de CMHC's - en ook voor de Riagg's! - typische kenmerken van de hulpverlening naar voren:

- de regionale verzorgingsverantwoordelijkheid, los van de individuele vraag naar hulp, maar wel gebonden aan de, bijvoorbeeld op basis van epidemiologisch onderzoek vast te stellen, behoefte aan hulp;
- de onzekerheid over de kwaliteit en de effectiviteit van de geboden hulp.

Een nieuw, maar zeer belangrijk element van methodologische en logistieke aard is de eis tot 'continuing evaluation'. Programma-evaluatie in niet-experimentele situaties kan eigenlijk niet goed eenmalig van karakter zijn omdat het gaat om een voortdurend en herhaald bewaken en bijstellen van de doelstellingen en middelen van de hulpverlening. Een bijstelling zonder hernieuwde toetsing heeft in feite weinig zin. De herhaling is een essentieel onderdeel van een programma-evaluatiepro-

gramma (in het Krisiscentrum-onderzoek in Utrecht was dat het geval). Programma-evaluatie is op het niveau van een CMHC of een instelling voor GGZ in Nederland te vergelijken met een jaarverslaglegging, alleen dan niet beschrijvend, maar beoordelend.

Op zowel de 1%- als de 2%-regeling voor de CMHC's is veel kritiek gekomen, ook en in toenemende mate van de kant van de wetenschap. Niettemin is dankzij deze regelingen toch een heel arsenaal aan methoden en technieken van programma-evaluatie tot ontwikkeling gekomen, hebben 'management information systems' ingang gevonden in de hulpverlening en is de weg vrijgemaakt voor de ontwikkeling van het kwaliteitsdenken in de hulpverlening.

De evaluatieverplichting van de CMHC's kwam onder de Nederlandse aandacht in het kielzog van de algemene belangstelling voor het CMHC-concept (maar, als gezegd, niet noodzakelijkerwijze verbonden met het Riagg-concept). Na de Tweede Wereldoorlog hadden de Verenigde Staten definitief van Duitsland de 'Vorherrschaft' op het gebied van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg overgenomen en er groeide een sterke Nederlandse oriëntatie op Amerikaanse voorbeelden, gestimuleerd door veel studiereizen, opleidingsbeurzen en literatuur. Toen in de jaren na de Structuurnota Gezondheidszorg (1974) van staatssecretaris Hendriks de Riagg-ontwikkeling langzaam, maar onvermijdelijk op gang kwam en tegelijkertijd ambulante GGZ steeds meer als een vervanging voor ziekenhuiszorg (en niet meer louter als voor- en nazorg) werd gezien, was de oriëntatie op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten vanzelfsprekend. Daardoor ontstond er ook, aanvankelijk zeker nog marginaal, belangstelling voor de ontwikkelingen op evaluatiegebied en wat later ook voor de bijzondere relatie tussen hulpverlening en evaluatie, die zo kenmerkend is voor de GGZ-programma-evaluatie (Schnabel, 1980).

Programma-evaluatie ontleent zijn betekenis niet aan het verantwoorden en beoordelen van hulpverlening alleen, maar vooral ook aan de mogelijkheden die het biedt om tot verbetering van de programma's zelf te komen. Dat begint al vóór de evaluatie, omdat programma-evaluatie tot een anticiperende reflectie op het handelen dwingt. Tevoren moet al duidelijk aangegeven worden wat het programma aan resultaat moet opleveren, binnen welke tijd en met welke inzet dat moet en op grond van welke criteria het programma beoordeeld zal worden. Het programma wordt dus al op voorhand zo geformuleerd, dat het geëvalueerd kan worden en dat betekent dat het programma op voorhand al een kwaliteit

verwerft, die in een land als Nederland, waar hulpverlening in de GGZ veelal in een 'open end'-situatie - zowel wat de duur als wat de financiering betreft - wordt aangeboden, nauwelijks bekend was. Wat traditioneel de afhankelijke variabele was - de uitkomst van de behandeling - wordt in de programma-evaluatieve praktijk de onafhankelijk variabele. Het gaat bij programma-evaluatie in de dubbele zin van het woord om een ex ante evaluatie: er wordt niet alleen al vooraf geëvalueerd, maar de evaluatie vindt ook plaats terugredenerend vanaf het eindpunt.

De uitgangspunten van programma-evaluatie klinken sterk door in de recent geïntroduceerde concepten met betrekking tot de invoering van functionele verstrekkingen in de GGZ. Niet toevallig is daarbij niet meer sprake van door instellingen geboden hulpverlening, maar van programma's van hulpverlening, zoveel mogelijk toegesneden op de behoeften van de patiënt. Dat lijkt allemaal vrij evident en vanzelfsprekend, maar het is weinig minder dan een revolutie in een wereld die professionaliteit automatisch gelijkstelde met kwaliteit en hulpverlening met het toevallige aanbod van een bepaalde instelling.

13.7 *De universiteit van de universaliteit*

De rol van het universitaire onderzoek is in de Verenigde Staten zowel als in Nederland in het programma-evaluatieve onderzoek bescheiden geweest. In de VS heeft het National Institute of Mental Health een belangrijke rol gespeeld, in Nederland het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid. In de 'tweede generatie' projecten, voltooid na 1987, is het aandeel van de universiteiten groter, met name waar het de evaluatie van experimentele en gecontroleerde programma's betreft. Deze evaluaties zijn ook typisch bedoeld om de (eventuele) werkzaamheid van een programma eenmalig aan te tonen, niet om in een continu proces te komen tot een verbetering van het betreffende programma.

De academische status van de meer praktijkgerichte programma-evaluatie is niet erg hoog, maar dat geldt eigenlijk altijd als het onderzoek betreft dat niet de pretentie heeft wetenschappelijke grenzen te verleggen, maar praktijk-relevant, gebruikersvriendelijk en programmaverbeterend wil zijn. Programma-evaluatie is onderzoek met een 'enlightenment'-functie: het onderzoek verheldert de praktijk voor de practici, niet alleen door hun praktijk door te lichten, maar hen ook te stimuleren dat zelf te doen. Donker (1990) heeft in haar proefschrift duidelijk laten zien dat het

feit van de onderzoeksvoorbereiding op zich al de praktijk verheldert en rijp maakt voor verbeteringen en aanpassingen. Dit Hawthorne-effect is misschien wel het belangrijkste praktische resultaat van programma-evaluatie.

Nadelen aan de praktijkoriëntatie van programma-evaluatie zijn er natuurlijk ook. De theorievorming blijft beperkt, er vindt weinig cumulatie van kennis plaats en veel onderzoeksresultaten leiden een verborgen leven in de maatschappelijke sector waar ze aan zijn ontlokt. Deze nadelen wegen echter toch licht in verhouding tot het algemene euvel van slecht uitgedachte en onvoldoende getoetste hulpverleningsprogramma's. Niet dat hulpverleners (of beleidvoerders) onvoldoende 'lernfähig' zijn, maar hun praktijk dwingt hen door te gaan op een eenmaal ingeslagen en vaak door tradities plat getreden pad en zonder correctiemechanisme blijft reflectie op het eigen handelen uit. Anders dan in een groot deel van de somatische geneeskunde wordt het handelen in de geestelijke gezondheidszorg zelden gelegitimeerd door bewezen resultaten (de behandeling als een herhaling van een ooit geslaagde aanpak), maar veeleer, zeker in de psychiatrie, door de noodzaak van het handelen zelf: er moet iets gedaan worden.

Programma-evaluatie is bedoeld om tot een meer rationele, een effectievere en efficiëntere hulpverlening te komen, maar kijkend naar de resultaten tot nu toe is programma-evaluatie vooral een les geweest in relativering en bescheidenheid. Vrijwel steeds blijkt dat de resultaten van serieus opgezette en goed uitgevoerde programma's als matig tot redelijk positief kunnen worden aangemerkt, maar dat er weinig reden is voor een al te optimistische verwachting ten aanzien van de effectiviteit van welk hulpverleningsprogramma dan ook. Vergelijkingen tussen experimentele en controlecondities leveren - zeker waar het niet gaat om psychofarmaca-onderzoek - meestal geen definitieve uitslagen op, hoogstens meer of minder duidelijke tendenties.

Uiteraard 'geloven' hulpverleners in de GGZ in wat ze doen en zeker wanneer men zich voor bepaalde nieuwe therapeutische mogelijkheden heeft laten winnen, is het gevaar van 'oversell' allerminst afwezig. Programma-evaluatie brengt meestal ontnuchtering en leert bescheidenheid, al was het maar door het besef dat een meestal toch beperkte interventie niet zoveel vermag tegen de weerbarstigheid van veel psychische problematiek.

Programma-evaluatie dwingt hulpverleners ook tot meer zorgvuldigheid en precisie in het bepalen van de doelen en middelen van hun hulpverleningsinspanning. Doelen worden traditioneel immers graag vaag en ruim gehouden en tijdens het behandelingsproces onmerkbaar en ongecontroleerd bijgesteld, meestal naar beneden. De kunst is nu juist - en programma-evaluatie dwingt daartoe - om de doelen realistisch en 'de moeite waard' te houden: niet te laag te stellen (zodat ze altijd gehaald worden), maar vooral ook niet te hoog. De ervaring met programma-evaluatie heeft geleerd dat dit niet gemakkelijk te realiseren is.

13.8 *Besluit*

Ook in de geestelijke gezondheidszorg kan programma-evaluatie beleidsevaluatie zijn. Hier hebben we echter de nadruk gelegd op de evaluatie van hulpverleningsprogramma's, een vorm van programma-evaluatie die juist en begrijpelijkerwijze in de GGZ tot bloei is gekomen. Geleidelijk aan verschuift het perspectief van programma-evaluatie steeds meer in de richting van kwaliteitsonderzoek en -ontwikkeling. De accenten komen dan zeker weer anders te liggen, maar in alle gevallen blijft het toch de bedoeling de hulpverlener instrumenten te geven om beter te doen wat hij kan, beter te weten wat hij doet en vooral wat hij beter kan laten.

Literatuur

Asselbergs, L.J.
Sociaal beperkt. Het sociale functioneren van schizofrenie-patiënten.
Utrecht, NcGv, 1989, NcGv-reeks 89-7 (proefschrift RU Utrecht).

Beenackers, A.A.J.M.
Projectevaluatie in de geestelijke gezondheidszorg.
Delft, Eburon, 1986 (proefschrift RU Utrecht).

Beenackers, A.A.J.M.
Projectevaluatie in de geestelijke gezondheidszorg. Het Utrechtse model.
Gezondheid en Samenleving, 3 (1982), 4, 251-259.

Beleidsnota Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
's-Gravenhage, 1983 (Drs. W.J. Deetman, Minister van O&W).

Brinkman, N. en J. Mastboom
Fountain house De Waterheuvel.
Utrecht, NcGv, 1989, NcGv-reeks 89-10.

Broekman, T.G., C.P.D.R. Schaap, G.M. Schippers
Programma-evaluatie: geen methode, maar een denkraam.
Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 42 (1987), 2, 147-162.

Derks, J.
Het Amsterdamse Morfineverstrekkingsprogramma. Een longitudinaal onderzoek onder extreem problematische druggebruikers.
Utrecht, NcGv, 1990, NcGv-reeks 90-3 (proefschrift RU Utrecht).

Donker, M.
Principes en praktijk van programma-evaluatie. Opzet en rendement in de geestelijke gezondheidszorg.
Utrecht, NcGv, 1990, NcGv-reeks 90-1, (proefschrift RU Utrecht).

Grinten, T.E.D. van der en P. Vos
Structurering van de geestelijke gezondheidszorg: een overzicht.
In: Lapré, R.M. e.a. (red.), *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg.*
Den Haag, VUGA, 1990.

Idenburg, P.A., E. Ketting en R. Bijl
Zorgen voor geestelijke gezondheid in de toekomst. Toekomstscenario's geestelijke volksgezondheid en geestelijke gezondheidszorg 1990-2010.
Utrecht/Antwerpen, Bohn, Scheltema en Holkema, 1990.

Jacobs, C. en R. Bijl
GGZ in getallen 1991. Kwantitatief overzicht van de geestelijke gezondheidszorg instellingen, zorgcircuits, trend 1980 - 2000.
Utrecht, NcGv, 1991, NcGv-reeks 91-14.

Koel, K.R., J. van Busschbach, M.C.H. Donker
Het patiëntenvertrouwenswerk geëvalueerd.
Maandblad Geestelijke volksgezondheid 43 (1988), 5, 528-541.

Koning, R.F.
Wikken en wegen. Een onderzoek naar intakeprocedures van psychotherapeutische gemeenschappen.
Noordwijkerhout, Bavo, 1987 (proefschrift RU Leiden).

Nationale Raad voor de Volksgezondheid
Advies Functies GGZ I/II.
Zoetermeer, 1989.

NIMH
A working manual of simple program evaluation techniques for community mental health centers.
Rockville, NIMH, 1976.

Polis, M. en M. Donker
Inventarisatie programma-evaluatie. Beschrijving en analyse van zestig evaluatie-projecten in de geestelijke gezondheidszorg.
Utrecht, NcGv, 1989, NcGv-reeks 89-9.

Schnabel, P.
Programma-evaluatie: een nadere kennismaking bij het scheiden van de markt.
In: Schippers, G.M. e.a. (red.), *Programma-evaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*, Lisse, Swets en Zeitlinger, 1984.

Schnabel, P.
Programma-evaluatie in community mental health centers; een introductie.
Utrecht, NcGv, 1980, NcGv-reeks 26.

Staatssecretaris Volksgezondheid en Milieuhygiëne (J.P.M.Hendriks)
Structuurnota Gezondheidszorg.
's-Gravenhage 1974.

Sijben, N.
Omzien naar weldoen. Programma-evaluatie: in theorie en praktijk.
Nijmegen, Kath. Univ., 1987 (proefschrift).

Vlaminck, P.
Ambulante zorg voor schizofrene patiënten. Een pragmatisch interventieonderzoek.
Delft, Eburon, 1989 (proefschrift RU Utrecht).

Wagenborg, J.E.A.
De effecten van klinische psychotherapie. Kenmerken van succesvol en niet succesvol behandelde patiënten.
Noordwijkerhout, Bavo, 1987 (proefschrift RU Leiden).