

12. *Wagner EH, Austin BT, Von Korff M.* Improving outcomes in chronic illness. *Managed Care Quarterly* 1996;2:12-25.
13. *Wagner EH, Austin BT, Von Korff M.* Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;74:511-44.
14. *Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH.* Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs* 2009; 28:75-85.
15. *Berwick DM.* What 'patient-centered'should mean: confessions of an extremist. *Health Affairs* 2009;4:w555-65.
16. *Berwick DM.* The science of improvement. *JAMA* 2008;299:1182-4.
17. [www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/Eerstelijnszorg/Voorlopi-ge%20MDS-en%20\(juist\).pdf](http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/Eerstelijnszorg/Voorlopi-ge%20MDS-en%20(juist).pdf) (bezoekt op 23 december 2009).
18. [htmlcontent/Eerstelijnszorg/advies%20%20\(indicatoren%20kwaliteit%20ketenzorg\).pdf](http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/Eerstelijnszorg/advies%20%20(indicatoren%20kwaliteit%20ketenzorg).pdf) (bezoekt op 23 december 2009).

CORRESPONDENTIEADRES
Prof. dr. HJM Vrijhoef, hoogleraar chronische zorg, Universiteit van Tilburg en Maastricht UMC+, e-mail: b.vrijhoef@zw.unimaas.nl

Maatschappelijke oriëntatie en opbrengsten van Nederlandse onderzoeksgroepen werkzaam binnen de gezondheidswetenschappen

Inge van der Weijden,¹ Maaike Verbree,¹ Peter van den Besselaar^{1,2}

Maatschappelijke oriëntatie van gezondheidsonderzoek krijgt steeds meer aandacht. Daarbij wordt zowel naar de programmering als naar de opbrengsten van onderzoek gekeken. Empirische studies waren er nog niet of nauwelijks. Dit artikel geeft een eerste indruk van de maatschappelijke oriëntatie van academische groepen werkzaam in de gezondheidswetenschappen (noot a). De maatschappelijke oriëntatie blijkt uit de diverse vormen van maatschappelijke output die worden gerealiseerd. Daarnaast laten we zien hoe deze oriëntatie doorwerkt in opvattingen van onderzoeksleiders over maatschappelijke doelen, communicatie naar en interactie met maatschappelijke publieksgroepen.

INLEIDING

Analyse van de maatschappelijke oriëntatie, inclusief de output van Nederlandse onderzoeksgroepen werkzaam binnen de gezondheidswetenschappen, is om verschillende redenen nuttig. De eerste belangrijke reden is de toegenomen behoefte van onderzoekers om

meer recht te doen aan de toepasbaarheid van hun onderzoek, dus aan het direct gebruik van hun wetenschappelijk werk door de maatschappij.¹ De huidige evaluatiemethoden voor het beoordelen van gezondheidsonderzoek schieten hierin nog tekort.^{2,3} De focus op voornamelijk wetenschappelijke prestaties doet nog onvoldoende recht aan de kwaliteit van de gezondheidswetenschappen. Op dit moment gebruikt alleen ZonMw de indicatoren om de maatschappelijke kwaliteit te meten bij het beoordelen van wat men de maatschappelijke relevantie van onderzoeksvoorstellen noemt. Een tweede reden is dat de gezondheidswetenschappen, net als al het overige gezondheidsonderzoek, sterk afhankelijk is van externe financiering.⁴ Onderzoekers en hun organisaties moeten voor het gebruik van hun onderzoeksbudget rekening afleggen aan de verschillende financiers, waaronder collectebusfondsen, rijksoverheid en bedrijven. Deze partijen zijn uiteindelijk geïnteresseerd in de bruikbaarheid van de bereikte onderzoeksresultaten. Ten slotte heeft het gezondheidsonderzoek een tweeledige missie: enerzijds wetenschappelijke kennis ontwikkelen en anderzijds deze kennis toepassen en implementeren.⁵

Recent is wel een aantal methoden ontwikkeld om de maatschappelijke kwaliteit van gezondheidsonderzoek te kunnen meten. Een bekend Nederlands

voorbeeld is het systeem dat Gerrit van Ark en Eduard Klasen in 2007 ontwikkelden om de maatschappelijke impact te meten van het gehele spectrum van fundamenteel tot en met toegepast gezondheidsonderzoek.¹ Dit impact systeem wordt inmiddels binnen het Leids Universitair Medisch Centrum gebruikt. Een ander bekend voorbeeld is het 'research payback framework', in de jaren negentig ontwikkeld door Buxton en zijn collega's.⁶⁻⁸ Beide benaderingen gebruiken ieder verschillende indicatoren om maatschappelijke kwaliteit te meten en worden op verschillende niveaus toegepast.

In dit artikel vergelijken we onderzoeksgroepen werkzaam in de gezondheidswetenschappen met onderzoeksgroepen werkzaam in het biomedisch onderzoek en het klinisch wetenschappelijk onderzoek. Wij hebben elementen uit zowel het impact systeem als het research payback framework gebruikt in een vragenlijst, en voorgelegd aan leiders van onderzoeksgroepen in het gezondheidsonderzoek die werken binnen een UMC of onderzoeksinstelling. In de vragenlijst konden onderzoeksleiders ook rapporteren over de organisatie en het management van hun groep en hun persoonlijke opvattingen daarover. In totaal hebben 188 onderzoeksleiders de vragenlijst ingevuld (noot b).

¹ Afdeling Science System Assessment, Rathenau Instituut, Den Haag

² Vrije Universiteit, Faculteit sociale wetenschappen, Amsterdam

MAATSCHAPPELIJKE OPBRENGSTEN

Om meer inzicht te krijgen in de maatschappelijke opbrengsten van groepen, hebben we onderzoekers gevraagd te rapporteren welke typen maatschappelijke output hun groep realiseert. Ook hebben we hen gevraagd een schatting te geven van het aantal. De meest voorkomende vormen van maatschappelijke opbrengsten voor onderzoeksgroepen in de gezondheidswetenschappen zijn presentaties voor een breed publiek (door 91% van de onderzochte groepen), publicaties in medische vakbladen (85%), bijdragen aan publieke media (82%) en cursussen voor professionals in de gezondheidszorg of beleidsmakers (79%). Dezelfde vormen van output komen ook veel voor bij de groepen werkzaam in het biomedisch onderzoek en het klinisch wetenschappelijk onderzoek, met uitzondering van publicaties in medische vakbladen. We zien ook andere verschillende domeinen. Het zwaartepunt van de

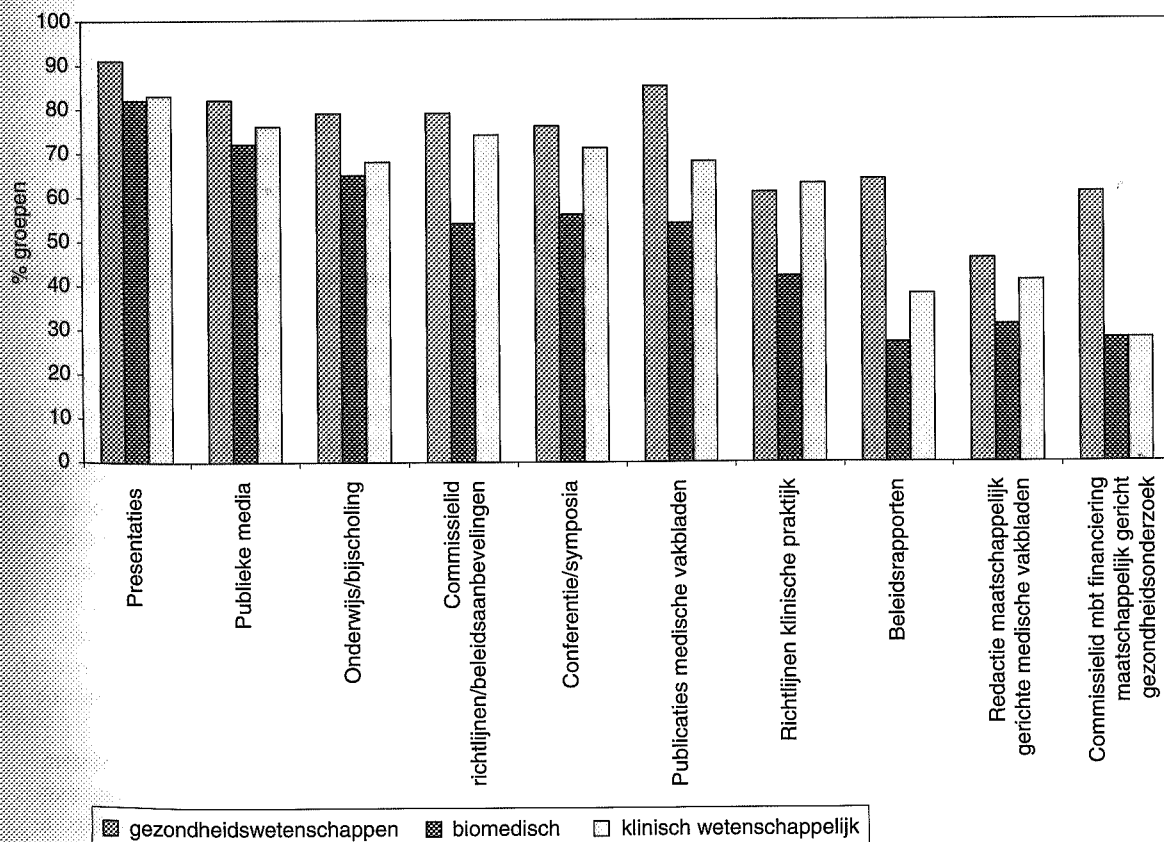
biomedische groepen is het bijdragen aan conferenties voor een breed publiek (56% van de biomedische groepen). In het klinisch wetenschappelijk onderzoek blijkt dat een groot deel van de onderzoekers zitting heeft in commissies die richtlijnen of beleidsaanbevelingen ontwikkelen (74% van de klinisch wetenschappelijke groepen). Zie figuur 1 voor een overzicht.

De drie domeinen verschillen ook in hoe maatschappelijke actief ze zijn. In de gezondheidswetenschappen rapporteert een groter deel van de groepen dat ze diverse vormen van maatschappelijke output produceren. Enkel in het opstellen van richtlijnen voor de klinische praktijk vinden we verhoudingsgewijs iets meer klinisch wetenschappelijke groepen (figuur 1). Onderzoeksgroepen in de gezondheidswetenschappen zijn niet alleen actiever, ze zijn ook productiever (noot c) wat betreft maatschappelijke output dan de biomedische en klinisch wetenschappelijke groepen. Ze schrijven meer beleidsrapporten, en geven meer presentaties voor een niet-wetenschappelijk publiek. Ten slotte zijn

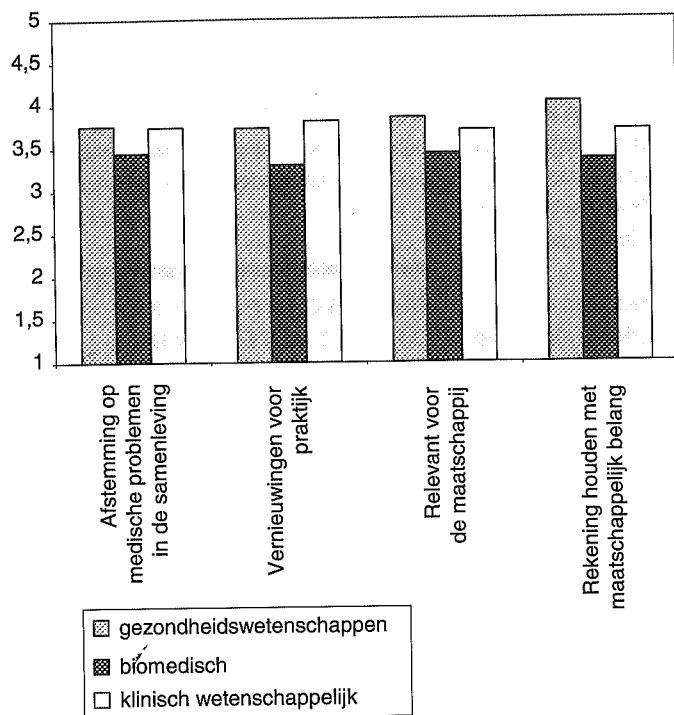
onderzoekers van onderzoeksgroepen in de gezondheidswetenschappen gemiddeld lid van meer commissies die richtlijnen of beleidsaanbevelingen ontwikkelen en van commissies die beslissen over het financieren van maatschappelijk gericht onderzoek.

MAATSCHAPPELIJKE OPVATTINGEN VAN ONDERZOEKSLIDERS

In de gezondheidswetenschappen denken onderzoekers positief over maatschappelijke oriëntatie van hun onderzoek. Ze geven aan dat het onderzoek binnen de groep is gericht op *maatschappelijke doelen* (zie figuur 2), bijvoorbeeld door afstemming van het onderzoek op medische problemen in de samenleving en relevantie van het onderzoek voor het oplossen van gezondheidsproblemen in de maatschappij. In vergelijking met leiders van groepen in de gezondheidswetenschappen en klinisch wetenschappelijke onderzoekerslei-



Figuur 1 Percentage groepen met specifieke maatschappelijke opbrengsten van onderzoeksgroepen naar specifiek domein (gezondheidswetenschappen, biomedisch en klinisch wetenschappelijk)



Figuur 2 Maatschappelijke onderzoeksdoelen van onderzoeksgroepen naar specifiek domein (gezondheidswetenschappen, biomedisch en klinisch wetenschappelijk)
Er is gebruik gemaakt van een 5-puntsschaal waarbij 1=totaal mee oneens en 5=totaal mee eens.

ders, hebben de biomedische onderzoekers hierover de minst positieve houding.

De onderzoeksgroepen in de gezondheidswetenschappen *communiceren* naar verschillende doelgroepen. Ze doen dat het meest naar professionals in preventie en zorg, en vervolgens naar professionals in beleid, het algemene publiek (via de populaire media), patiënten(organisaties) en het bedrijfsleven. Ook hier zijn de biomedische onderzoekers iets minder actief dan leiders van klinisch wetenschappelijk groepen en groepen in de gezondheidswetenschappen. Verder zien we dat de beleidssector voor klinisch wetenschappelijke groepen belangrijk is.

Een laatste indicatie van maatschappelijke oriëntatie is de *interactie met maatschappelijke doelgroepen*. De meest gebruikte interactievorm is kennisoverdracht naar doelgroepen, gevolgd door kennisproducten gericht op doelgroepen, kennisgebruik door doelgroepen en ten slotte de verwerving van financiële middelen (werfkracht) uit doelgroepen. Ook hier zijn groepen in de gezondheidswetenschappen beduidend actiever dan de klinisch wetenschappe-

lijke en biomedische groepen, waarvan de laatste het minst actief zijn.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Uit deze empirische studie kunnen we concluderen dat de 188 onderzochte groepen in het gezondheidsonderzoek naast wetenschappelijke publicaties een breed scala aan maatschappelijke opbrengsten produceren. Onderzoeksgroepen in de gezondheidswetenschappen zijn het meest actief en productief in het realiseren van maatschappelijke opbrengsten in vergelijking met het biomedisch en klinisch wetenschappelijk domein. Daarnaast hebben de onderzoekers van groepen in de gezondheidswetenschappen de meest positieve houding ten aanzien van de maatschappelijke oriëntatie in hun onderzoek. Ten slotte kunnen we concluderen dat onderzoekers leiders het lastig vinden om de hoeveelheid maatschappelijke output van de onderzoeksgroep in te schatten, aangezien zowel het bijhouden als de meetcriteria voor maatschappelijk gerichte onderzoeksevaluaties momenteel

nog sterk in ontwikkeling zijn. Dit sluit aan bij de studie van de RGO³ die laat zien dat de UMĆs en onderzoeksinstituten hun maatschappelijke opbrengsten van het gezondheidsonderzoek nog niet naar buiten toe rapporteren, in bijvoorbeeld jaarverslagen of interne evaluatie rapporten. Een logische vervolgvraag is daarom hoe en op welke manier de maatschappelijke opbrengsten van onderzoek beloond en gestimuleerd kunnen en moeten worden.

Bovenstaande roept ook vragen op over het beloningssysteem van academisch onderzoek. Het huidige beloningssysteem, inclusief de loopbanen van onderzoekers, is enkel gebaseerd op wetenschappelijke prestaties. Recent onderzoek⁹ laat zien dat maatschappelijke prestaties van onderzoekers geen (positief noch negatief) invloed heeft op de wetenschappelijke carrière van onderzoekers. Ons eigen onderzoek op dit terrein¹⁰ laat zien dat ervaren onderzoekers leiders in het gezondheidsonderzoek iets minder productief zijn in het realiseren van maatschappelijke output. Dit suggereert dat het van belang is onderzoekers om vroeg te stimuleren na te denken over de maatschappelijke impact van hun onderzoek. Dan zijn ze zich daarvan later in hun loopbaan meer bewust van.¹¹ Dit zal niet vanzelf gaan maar vraagt een om actief en expliciet beleid van universiteiten en onderzoeksinstituten op dit terrein.

NOTEN

- In gezondheidsonderzoek worden meestal drie grote domeinen onderscheiden: de gezondheidswetenschappen (ook wel paraklinisch onderzoek genoemd), waartoe onder meer de epidemiologie, het public health onderzoek en het gezondheidszorgonderzoek behoren; het biomedische onderzoek (ook wel aangeduid als preklinisch onderzoek); en het klinisch wetenschappelijk onderzoek.¹²
- Binnen de afdeling Science System Assessment van het Rathenau Instituut vindt onderzoek plaats naar de manier waarop onderzoekers hun onderzoeksgroepen organiseren en aansturen en naar de effecten

daarvan op de prestaties van de onderzoeksgroepen. Recent is het rapport 'management en prestaties van onderzoeksgroepen' verschenen. Het onderzoeksrapport kunt u downloaden (als pdf) op www.rathenau.nl onder publicaties. Voor het aanvragen van een gedrukt exemplaar kunt u uw naam en adres mailen naar bestellingen@rathenau.nl onder vermelding van Management en prestaties van onderzoeksgroepen, SciSA rapport 0913.

- c. Onderzoeksleders vonden het lastig vinden om de hoeveelheid maatschappelijke output van de onderzoeksgroep in te schatten.

to: (1) set societal research goals, (2) communicating research results to various target groups in society, and (3) interaction with societal target groups. Universities and research institutes are now challenged to invent ways of evaluating the societal orientation of biomedical and health research. They are also challenged to implement this within their internal research policy, by motivating and rewarding scientists who are active in producing societal research output.

Keywords: Societal orientation, societal output, academic research groups, evaluation methods, empirical study

ABSTRACT

Societal orientation and output products of Dutch para-clinical research groups

Discussions about the societal impact and valorization of academic science have raised the expectation that the societal value of biomedical and health research will become more visible. Measuring both the size and quality of societal output has gained importance, but it is still in its infancy. Our empirical study shows that para-clinical research is definitely oriented towards the society. Para-clinical research groups are active in producing different types of societal output products. Furthermore, para-clinical research leaders have positive views about the increased attention

LITERATUUR

1. Ark G van, Klasen EC. Maatschappelijke impact van gezondheidsonderzoek. Tijdschr Gezondheidswet 2007;85:259-61.
2. Weijden ICM van der. In search of performance: research management within the Dutch public medical and health sector. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
3. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Onderzoek dat ertoe doet: de responsiviteit van universitair medische centra op vraagstukken in de volksgezondheid en gezondheidszorg. Den Haag: RGO, 2007.
4. Ellenbroek SPH, Ark G van, Klasen EC. Vergelijking van de uitgaven aan gezondheidsonderzoek in 7 westerse landen in 1997: Nederland op de laatste plaats. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:1369-74.
5. Council for Medical Sciences. The societal impact of applied health research: towards a quality assessment system. Amsterdam: KNAW, 2002.
6. Hanney S, Gonzalez-Block M, Buxton MJ, Kogan M. The utilisation of health research in policy making: concepts, examples and methods of assessment. Health Res Policy Systems 1993;1:2
7. Buxton M, Hanney S. How can payback from health services research be assessed? J Health Serv Res Policy 1996;1:35-43.
8. Hanney S, Grant J, Wooding S, Buxton MJ. Proposed methods for reviewing the outcomes of research: the impact of funding by the UK's 'Arthritis Research Campaign'. Health Res Policy Systems 2004;2:4.
9. Jensen P, Rouquier J-B, Kreimer P, Croissant Y. Scientists who engage with society perform better academically. Science Public Policy 2008;35:527-41.
10. Weijden ICM van der, Verbree M, Braam R, Besselaar B van den. Management en prestaties van onderzoeksgroepen. Den Haag: Rathenau Instituut, 2009.
11. Winston R. Catch them Young. New Scientist 2009; 2693:22-23
12. Raad voor Gezondheidsonderzoek. Gezond Zorgonderzoek: de toekomst van het gezondheidszorgonderzoek in Nederland. Den Haag: RGO. 2008.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Inge van der Weijden, Afdeling Science System Assessment, Rathenau Instituut, Anna van Saksenlaan 51, Postbus 95366, 2509 CJ Den Haag, tel. 070-3421542, e-mail: i.vanderweijden@rathenau.nl