

voorstel: al het geld dat nu nog langs verschillende stromen wordt geleid (via het Praeventiefonds, het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde, direct via WVC, en via de Ziekenfondsraad) zou langs één kanaal moeten lopen: een soort integrale organisatie, die overigens niet alleen de verantwoordelijkheid zou moeten krijgen voor de verdeling van gelden, maar ook voor de programmering en de kwaliteitsbewaking van het onderzoek, en zelfs voor de kennisoverdracht van de onderzoeksresultaten naar de praktijk. Een verstrekkende optie, zegt de RGO, die een waardevolle bijdrage vormt aan de lopende discussie over de (Nederlandse variant van een) 'Medical Research Council'. Ook over de precieze functie en positie van een dergelijk

omvangrijk fonds moet nader worden overlegd, vinden Stuurgroep en RGO.

Gezien de resultaten van de eerste fase en vanwege het belang van een totaalvisie op het gehele gezondheidsonderzoek, inclusief de financiering hiervan, hoopt de Raad dat de overheid zo snel mogelijk het licht op groen zal zetten voor de tweede fase van deze 'Brede analyse gezondheidsonderzoek'.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw drs K.S.M. Jurgens, secretaris Raad voor Gezondheidsonderzoek, Postbus 90517, 2509 LM Den Haag, tel. 070-3838905

De brede analyse: nog voorlopig en onvolledig

*S. van der Kooij **

De Raad voor Gezondheidsonderzoek werd in 1987 opgericht. Zijn taak is om desgevraagd of uit eigen beweging te adviseren over ontwikkelingen en wenselijk beleid ten aanzien van gezondheidsonderzoek. De invalshoek is primair van maatschappelijke aard; in tweede instantie zijn ook wetenschapsinterne aspecten aan de orde.

De Raad besloot reeds kort na zijn instelling om voorlopig af te zien van het geven van een integraal advies over het gehele gezondheidszorgbeleid. De redenen hiervoor waren de breedte van het terrein, de snelheid van de ontwikkelingen en het grote aantal betrokken organisaties. Naast enkele gevraagde adviezen over deelonderwerpen nam de Raad zich voor gedurende de eerste zes jaren over drie onderwerpen een advies uit te brengen:

- chronische aandoeningen,
- kwaliteit van zorg en
- gezondheidsonderzoek.

De eerste twee adviezen zijn uitgebracht, de werkzaamheden voor het advies over gezondheidszorgonderzoek waren nog in gang toen in december 1992 de Staatssecretaris de Raad vroeg om binnen 4 maanden een brede analyse te geven van het gezondheidsonderzoek in Nederland. Deze analyse betrof het universitaire, het niet-universitaire en het industriële onderzoek. Gevraagd werd een doorlichting naar inhoud, organisatie en financiering.

Hoewel de RGO gezien zijn taakomschrijving duidelijk de eerst aangewezen is om een dergelijke analyse uit te voeren, werd de Raad door dit verzoek voor een precair dilemma geplaatst. Naast de uiterst korte termijn en de overwegingen waarom destijds van een integrale analyse werd afgezien, werd de adviesaanvraag gecompliceerd door twee problemen. In de eerste plaats was aan deze analyse bij voorbaat een bezuinigingsdoelstelling van 10 miljoen gekoppeld en in de tweede plaats had de KNAW

reeds een advies over de discipline geneeskunde in voorbereiding - zodat het risico van doublures niet ondenkbaar was.

Anderzijds kon de Raad deze adviesaanvraag moeilijk naast zich neerleggen, nu juist door de politiek het nut van de adviesorganen ter discussie wordt gesteld. Bovendien leefden in de boezem van de Raad uiteraard wel degelijk opvattingen over een herordening van het complexe veld van het gezondheidsonderzoek. Deze adviesaanvraag zou wellicht de gelegenheid bieden om een visie naar buiten te brengen.

De Raad redde zich uit zijn moeilijke positie door voor te stellen het advies in twee fasen te splitsen (eerst buiten-universitair en daarna universitair onderzoek) en door een onafhankelijke stuurgroep in te stellen die bestond uit niet-leden van de Raad. Deze noodgedwongen oplossing bracht onmiskenbaar enkele nadelen mee. Dat laat de waardering die de Raad in zijn aanbiedingsbrief heeft uitgesproken onverlet. Deze nadelen waren in hoofdzaak van tweeërlei aard.

Het eerste nadeel is dat de onderlinge samenhang van de universitaire, niet-universitaire en commerciële research in de analyse niet aan de orde kon komen. Het tweede nadeel is dat door de keuze van een onafhankelijke stuurgroep geen of nauwelijks gebruik kon worden gemaakt van de ervaring en de deskundigheid van de leden van de Raad. Weliswaar werd daarmee bereikt dat de belangen van de Raadsleden bij de advisering geen rol speelden, maar daar staat tegenover dat ook geen gebruik gemaakt kan worden van het draagvlak van deze vertegenwoordigers bij een eventuele implementatie van de adviezen.

Door deze nadelen heeft het advies van de RGO een voorlopig en onvolledig karakter. Dit betreft niet zozeer de inventarisatie van het buiten-universitair onderzoek en van enkele financieringsvormen, als wel de desbetreffende analyse en aanbevelingen.

Ik wil in dit kader volstaan met een voorbeeld, dat met name van betekenis is voor de lezerskring van het Tijdschrift van Sociale Geneeskunde.

* S. van der Kooij, secretaris Ziekenfondsraad, Amstelveen

Het advies gaat voorbij aan de eigen plaats van het gezondheidszorgonderzoek. De onverdachte definitie van de Britse Medical Research Council van Health Services Research luidt: 'the identification of the health care needs of communities and the study of the provision, effectiveness and use of health services'.

Gezondheidszorgonderzoek heeft een multidisciplinair karakter, met een veelal bescheiden rol voor de medische discipline. Voorzover het toegepast en strategisch gezondheidszorgonderzoek betreft, is er een directe koppeling met gezondheidszorgbeleid. De massieve beleidsvragen op het gebied van financiering, eigen verantwoordelijkheid, marktwerking, planning en keuzen in de zorg, vragen een aparte positie voor dit type onderzoek in deze tijd; dat betreft zowel de financiering als de prioritering en de organisatorische ordening.

Ook het universitaire onderzoek is intensief bij Health Services Research betrokken.

De aparte positie van het gezondheidszorgonderzoek maakt het onvermijdelijk dat bij de tweedefase-advisering diverse aanbevelingen uit dit eerste deeladvies worden heroverwogen, bijvoorbeeld ten aanzien van de premie-financiering, service-organisatie en de uitvoering van onderzoek.

Daarom is het te hopen dat de regering aan wie dit advies is gericht, de verleiding zal weten te weerstaan om ongenueanceerd gebruik te maken van de voorlopige aanbevelingen uit dit advies. Wellicht passen deze in bepaalde opzichten in de korte-termijn-politiek, maar op de lange duur dreigen zij te leiden tot het tegenovergestelde van wat met deze adviesaanvraag werd beoogd.

CORRESPONDENTIEADRES

S. van der Kooij, secretaris Ziekenfondsraad, Postbus 396, 1180 BD Amstelveen, tel. 020-5478911

Onderzoek onderzocht

J.M. Bensing *

De gezondheidsonderzoekers in Nederland, gewend om anderen kritisch te volgen in hun doen en laten, zijn nu zelf object van onderzoek. Met royale penseelstreken schetst de Raad voor Gezondheidsonderzoek de positie van de 'buiten-universitaire' onderzoeksinstellingen en hun relatie tot het universitaire onderzoek. De 'Brede Analyse Gezondheidsonderzoek, fase I' volstaat niet met voorstellen voor een nieuwe ordening van de onderzoeksinstellingen. Er wordt ook een ingrijpende wijziging voorgesteld in de plannings- en financieringsstructuur. Als alle voorstellen zouden worden doorgevoerd blijft er weinig bij het oude.

In mijn reactie op het RGO-advies zal ik ingaan op de relatie tussen het universitaire onderzoek en het zogenoemde 'buiten-universitaire' onderzoek, en de voorstellen voor een brede intermediaire organisatie op het gehele terrein van het gezondheidsonderzoek.

HET UNIVERSITAIRE VERSUS HET 'BUITEN-UNIVERSITAIRE' ONDERZOEK

In het RGO-rapport worden enkele behartenswaardige uitspraken gedaan over het bestaansrecht van onderzoeksinstituten in het 'buiten-universitaire compartiment'. Toch wordt dit onderzoek niet beschreven als een zelfstandige identiteit, maar als complementair aan het universitaire onderzoek. Met de term 'buiten-universitair' wordt verwezen naar wat het onderzoek *niet* is, in plaats van naar wat het *wel* is. Het ware beter om te spreken van 'maatschappelijke' of 'nationale' onderzoeksinstellingen. Dat geeft een identificatie van de eigen aard van deze onderzoeks-

instituten. Het geeft ook beter aan wat de specifieke verschillen tussen beide typen onderzoek zijn. Voor mij, werkzaam in beide compartimenten, zijn die verschillen duidelijk zichtbaar.

Bij zijn typering van het onderzoek in beide compartimenten grijpt het RGO-rapport terug op de indeling van het onderzoek in 'fundamenteel-strategisch-toegepast'. Het is informatiever de instellingen te onderscheiden naar de wijze waarop de kennisvermeerdering is georganiseerd. Bij de universiteiten gebeurt dit op basis van wetenschapsinterne factoren, binnen de disciplines waarin de onderzoeker is opgeleid: daar wordt de kennis gegeneerd, waarvoor al dan niet een toepassingsgebied wordt gezocht ('science push').

In de maatschappelijke onderzoeksinstituten zien we het omgekeerde. Daar wordt gestreefd naar systematische kennisvermeerdering in een concreet toepassingsgebied (bijvoorbeeld de extramurale gezondheidszorg), waarbij kennis onttrokken wordt aan disciplines die aan de wetenschappelijke oplossing van het maatschappelijke probleem een bijdrage kunnen leveren ('science pull'). De keuze van het programma wordt vooral bepaald door maatschappelijke, en niet door wetenschapsinterne factoren en de onderzoeksteams zijn veelal multidisciplinair samengesteld. Doordat de kennisbron een andere is, is ook de organisatie en programmering van deze onderzoeksinstituten anders geaard. Deze komt tot uiting in:

■ De stevige maatschappelijke verankering waardoor partijen in de gezondheidszorg betrokken zijn bij het onderzoeksinstituut. Bij het NIVEL gebeurt dat op drie niveaus: *a* in de jaarlijkse consultatieronde ter voorbereiding van het werkprogramma onder alle betrokken organisaties (hulpverleners, financiers, consumenten, adviesorganen, WVC); *b* in de samenstelling van het NIVEL-bestuur, dat

* J.M. Bensing, directeur NIVEL, Utrecht, en hoogleraar klinische psychologie en gezondheidspsychologie, Universiteit van Utrecht