

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 maatschappelijke 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

uit dezelfde groeperingen bestaat; c in de samenstelling van begeleidingscommissies op projectniveau.

■ De 'nationale' missie, waardoor deze onderzoeksinstituten binnen Nederland, maar in toenemende mate ook ten behoeve van buitenlanders, een taak hebben in het verstrekken van informatie over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Dit gebeurt op basis van databases, bibliotheek- en documentatieafdeling, trend- en overzichtsstudies.

Deze beide kenmerken geven de onderzoeksinstituten in het 'buiten-universitaire compartiment' een eigenstandige legitimatie, los van de complementariteit aan het universitaire onderzoek.

EEN INTERMEDIAIRE ORGANISATIE?

In het rapport wordt voorgesteld een (financierende) intermediaire organisatie op te richten voor het gehele veld van het toegepast en strategisch onderzoek op het gebied van de preventie en de (organisatie van) de zorg. Deze organisatie wordt, naast financierende taken, ook programmerende en kwaliteitsbewakende taken toegedacht; daarnaast zou deze organisatie ook verantwoordelijk moeten zijn voor de vertaling van onderzoeksresultaten naar de praktijk. Het doel is vergroting van de doelmatigheid en tegengaan van versnippering. Als model wordt de Engelse Medical Research Council genoemd.

Een 'Medical Research Council' past goed in een onderzoekscultuur die hoofdzakelijk door wetenschapsinterne factoren wordt geregeerd. Daar kan hij de maatschappelijke input vergroten. Anders is dat in een onderzoekscultuur waar nu reeds de input hoofdzakelijk door maatschappelijke factoren wordt bepaald. Daar wordt door een intermediaire organisatie de afstand tot belanghebbenden alleen maar vergroot. Juist bij gezondheidszorgonderzoek is een intensieve dialoog tussen beleidsmakers en onderzoekers van essentieel belang. Even essentieel is een in-

tensieve dialoog tussen onderzoekers en de direct betrokkenen (bij wie de resultaten van het onderzoek moeten worden geïmplementeerd). Dat is de realiteit in het 'checks-and-balances' systeem waardoor de Nederlandse gezondheidszorg zo wordt gekenmerkt. Iedere intermediaire organisatie die tussen de verschillende actoren wordt geplaatst, belemmert dit proces.

Een ander argument om juist op het terrein van het gezondheidszorgonderzoek geen intermediaire organisatie te plaatsen, is gelegen in het feit dat toegepast onderzoek op het terrein van het gezondheidszorgsysteem een korte tijdsslag kent: er mag niet teveel tijd voorbijgaan tussen het moment dat de behoefte aan onderzoek ontstaat en het tijdstip waarop het wordt uitgevoerd; anders ontstaat het gevaar dat de resultaten beschikbaar zijn op het moment dat het beleid allang met iets anders bezig is. Intermediaire organisaties kennen per definitie een langere tijdsslag. Voorkomen moet worden dat in de nieuwe constructie naast de langlopende onderzoeksprogramma's die via intermediaire organisaties worden uitgezet, alleen nog maar onderzoek kan worden uitgevoerd van het kaliber 'quick and dirty'. Dat zou een belangrijke stap terug betekenen.

Voordat een dergelijke ingrijpende reorganisatie voor het gehele terrein van het gezondheidsonderzoek wordt doorgevoerd, is het daarom goed eerst een kritisch alle voor- en nadelen te analyseren; ook lijkt het verstandig om eventuele veranderingen stapsgewijs door te voeren en per fase te evalueren. En begin dan maar op het terrein waar de voordelen de nadelen lijken te overtreffen: het medisch gezondheidsonderzoek.

CORRESPONDENTIEADRES

Mw prof.dr J.M. Bensing, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Eén Nationaal Preventie-instituut?

*C.L. Ekkers, J.H.B.M. Willems **

Kort samengevat komt het RGO-advies neer op:

- A een voorstel tot herverkaveling van het buitenuniversitaire gezondheidsonderzoek, inhoudende aanpassingen van missies, herpositioneringen ten opzichte van belanghebbende partijen en organisatorische verschuivingen;
- B een voorstel tot bundeling van financiering, programmering, voortgangs- en kwaliteitsbewaking in een intermediaire uitvoeringsorganisatie, vergelijkbaar met bijvoorbeeld NOVEM of SENTER.

Deze reactie beperkt zich wat betreft A tot het gezondheidszorgonderzoek. Ook bij punt B worden kanttekeningen geplaatst.

* Dr C.L. Ekkers, Hoofddirecteur TNO-Beleidsstudies, Delft
Prof.dr J.H.B.M. Willems, Directeur Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG), Leiden

Wat betreft het gezondheidszorgonderzoek ziet het advies in eerste instantie plaats voor twee instituten, namelijk op het terrein van de verslaving en de geestelijke volksgezondheid (NIAD, NISSO, NcGv), resp. de lichamelijke volksgezondheid (NIVEL). In dit deel van het rapport wordt geen aandacht besteed aan het onderzoek op het terrein van preventie en sociale gezondheidszorg, dat evenzeer gerekend moet worden tot het gezondheidszorgonderzoek. Het preventie-onderzoek komt separaat aan de orde, wanneer onder TNO het NIPG wordt besproken, waarbij wordt voorgesteld dit instituut te splitsen in een Arbeid en Gezondheid-deel (fusie met NIA) en een Collectieve Preventie-deel (aansluiting bij RIVM met aangescherpte missie of bij de onderzoeksschool NIHES).

Het gevolg van deze indeling en opbouw van het advies is, dat in het rapport een samenhangende beschou-