

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 gezondheidszorgonderzoek 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 gezondheidszorgonderzoek.

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 gezondheidszorgonderzoek, 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-

wing over het totale buitenuniversitaire gezondheidszorg-onderzoek ontbreekt. Ook wanneer in hoofdstuk IV aan het eind van het rapport het missiepatroon in zijn geheel aan de orde komt, komt de gewenste positie van onderzoek op het terrein van preventie en sociale gezondheidszorg in het geheel van het gezondheidszorgonderzoek niet duidelijk uit de verf. Men beperkt zich ook hier tot de missies van NCGV en NIVEL en geeft als perspectief een verdere integratie tot één onderzoeksinstituut op het gehele gebied van de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg. Er wordt hierbij geen relatie gelegd met het onderzoek op het terrein van preventie en sociale gezondheidszorg.

Meer specifieke aandacht voor de positie van het preventie-onderzoek lijkt in het verdere traject toch wel gewenst, mede gezien de in het rapport gememoreerde kerntaken van het Ministerie WVC: *zorg, preventie* en informatievoorziening. Aan de vraagzijde van het preventie-onderzoek vinden momenteel belangrijke ontwikkelingen plaats die eerder duiden op de noodzaak van een geïntegreerde benadering van vraagstukken op dit terrein, dan dat het deelgebied Arbeid en Gezondheid hiervan zou moeten worden afgesplitst, zoals in het advies wordt voorgesteld. Voorbeeld: de recente discussies over de ziekteverzuim- en arbeidsongeschiktheidsproblematiek maken duidelijk dat een preventief gerichte aanpak alleen vanuit het arbeidsmilieu onvoldoende effectief is. Ook overige factoren in het leefmilieu dienen te worden meegenomen, evenals aspecten van zowel het preventief als curatief gericht deel van het gezondheidszorgsysteem.

Integraal preventiebeleid vereist integraal preventie-onderzoek. De optie om naast één nationaal Zorginstituut derhalve ook te streven naar één nationaal buitenuniversitair Preventie-instituut met als kern het huidige NIPG en

daaraan toegevoegd het gezondheidszorgonderzoek van het RIVM, het NIA en enkele kleinere instituten op het terrein van de gezondheidscommunicatie (GVO) verdient o.i. serieuze nadere beschouwing. Het ligt voor de hand in dat verband dan ook de relatie met het universitaire onderzoek (o.a. onderzoeksschool NIHES) en de recent opgerichte Netherlands School of Public Health (concentratiepunt voor opleidingen) goed te regelen. Een en ander zou moeten worden uitgewerkt als alternatief voor de voorgestelde splitsing van het thans reeds bestaande nationale preventie-instituut: het NIPG.

Wat betreft de in het advies voorgestelde intermediaire uitvoeringsorganisatie het volgende. Het merendeel van het gezondheidszorgonderzoek is van toegepaste aard en vindt plaats in een rechtstreekse opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie die, ook blijkens het RGO-advies, kenmerkend is voor dit type onderzoek. De toegevoegde waarde van een intermediaire organisatie, zoals voorgesteld, is in een dergelijke situatie op z'n minst twijfelachtig. Onderbrenging van de budgetten bij de relevante gebruikers(groepen) leidt naar alle waarschijnlijkheid tot minder bureaucratie, en een betere waarborg dat het onderzoek optimaal aansluit bij de vraag en dat de onderzoeksresultaten ook daadwerkelijk worden toegepast. Voor de meer generieke vraagstellingen, waarvoor (nog) geen heldere opdrachtgever-opdrachtnemerrelatie valt te definiëren, en voor de programmering van het strategisch onderzoek zal een intermediaire organisatie, zoals voorgesteld, waarschijnlijk wel goede diensten kunnen bewijzen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr C.L. Ekkers, TNO-Beleidsstudies, Postbus 6040, 2600 JA Delft, tel. 015-696791

Stuip trekking van de plan-economie?

A.P.W.P. van Montfort *

Het gepubliceerde deel 1 van het Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek verrast in meerdere opzichten.

De eerste verrassing betreft het feit dat het mogelijk is gebleken om over zo'n complexe materie binnen korte tijd een inzichtelijk en leesbaar rapport samen te stellen. De gedachtengang is helder, de informatie over de buitenuniversitaire onderzoeksinstituten wordt kernachtig weergegeven en verwerkt tot al even kernachtige beleidsaanbevelingen.

Minder aangenaam was, althans voor ons, de verrassing dat aanbevolen wordt om slechts twee instituten voor gezondheidszorgonderzoek te erkennen. Eén onderzoeksinstituut voor de geestelijke en één voor de lichamelijke gezondheidszorg. Wij zouden deze tweedeling met klem ontraden. De aanbeveling gaat voorbij aan de vele multi-

pele pathologieën, vooral bij de ouderen, en aan de samenhang tussen lichamelijke en somatische aspecten (zoals bijvoorbeeld bekend is in de 'somatisering' van psychische problematiek). Daarnaast zullen verpleeghuizen - toch een zeer grote sector in de gezondheidszorg - met deze verkaveling bepaald niet gelukkig zijn, aangezien velen van hen zowel somatische als psychogeriatrische patiënten behandelen en verzorgen.

Misschien is dan de vorming van één instituut beter? Voor buitenstaanders kan dat een aardige optie lijken voor het NZi, dat zich op beide terreinen begeeft. Maar er speelt een fundamenteeler probleem.

De rode draad door de beleidsaanbevelingen is: centralisatie van geldstromen en centralisatie van onderzoekscapaciteit. Maar juist die rode draad roept twijfel op.

Centralisatie van onderzoeksinstituten leidt tot een beperkt aantal, grote instituten. Het is echter de vraag of de

* A.P.W.P. van Montfort, directeur
Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi), Utrecht