

Management van gezondheidsonderzoek

Rede uitgesproken door

Dr. E.C. Klasen

bij gelegenheid van aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de faculteit der Geneeskunde, om werkzaam te zijn op het vakgebied van het management van het gezondheidsonderzoek, aan de Universiteit Leiden, op vrijdag 25 februari 2000.

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders.

Inleiding

Gezondheid wordt in ons dichtbevolkte land met bijna 16 miljoen potentiële patiënten, als het hoogste goed beschouwd en de aandacht ervoor is dan ook navenant groot. Onderzoek daarentegen kan niet rekenen op overmatig veel steun, wordt gezien als een kostenpost, als een dure hobby met een onzekere uitkomst. En management wordt, met name door degenen die het moeten ondergaan, in de regel niet positief gewaardeerd en heeft een slecht imago binnen onderzoek en zorg. En als daarnaast door een enkele oplettende wetenschapper ook nog wordt geconstateerd dat gezondheidsonderzoek vaak over ziekte gaat ⁽¹⁾, dan is de conclusie gerechtvaardigd dat er nogal wat ingebakken spanning zit in de leeropdracht Management van Gezondheidsonderzoek.

De vraag is gerechtvaardigd of organisatie, financiering en sturing van gezondheidsonderzoek, want daar gaat het met name om, wel in de belangstelling staat bij de Nederlandse onderzoeker.

Ik heb dat eens nader bekeken en daarbij het hooglerarencorps van het LUMC als te onderzoeken populatie genomen.

Van het afgelopen decennium heb ik de oraties, afscheidscolleges en een enkele dies-rede bestudeerd.

Totaal betrof het 82 voordrachten. Deze werden gescreend op de aanwezigheid van minimaal een halve pagina tekst over de onderwerpen organisatie, financiering en/of sturing van onderzoek.

In 52% van het bestudeerde materiaal werd aan dit criterium voldaan. Ongeveer de helft van de teksten (40 van de 82) was afkomstig van klinici. Daarvan voldeed, toch wel een beetje tot mijn verrassing, 55% aan het criterium. Bij de niet klinici was dat 50%. De meeste aandacht werd door beide groepen besteed aan financiën en organisatie (80%). Sturing kwam in 20% van de geschriften ter sprake.

Conclusie: Management van Gezondheidsonderzoek leeft onder onderzoekers, maar vooral in de vorm van vragen, wensen, gesignaleerde problemen en meningen.

Een goed idee dus, deze leerstoel, dit nieuwe vakgebied, waarin ik u vandaag globaal inzicht zal verschaffen.

Wat is gezondheidsonderzoek, hoe is het georganiseerd, wie zijn erbij betrokken en in welke rol, hoe is het gesteld met de financiering, de kwaliteit, de sturing en de uitvoerders, de onderzoekers: dit zijn een paar van de onderwerpen die de revue zullen passeren.

Definitie gezondheidsonderzoek

Wat is gezondheidsonderzoek en wat valt eronder:

In 1994 legden de commissie Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW), de Raad voor Gezondheidsonderzoek

(RGO) en Medische Wetenschappen van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (MW-NWO) de volgende definitie van gezondheidsonderzoek vast ⁽²⁾:

Gezondheidsonderzoek betreft het onderzoek naar vóórkomen, ontstaan, herkennen en preventie van ziekten, behandeling van ziekten, verlichting van ziektelast en het functioneren van het systeem van de gezondheidszorg.

Binnen het gezondheidsonderzoek onderscheiden we twee hoofdstromingen. Het medisch wetenschappelijk onderzoek waar preventie en genezing van ziekten alsmede vermindering van ziektelast centraal staan en het gezondheidszorgonderzoek waar het gezondheidszorgsysteem centraal staat. De definitiematrix kan dan nog verder worden ingevuld langs de ene as met fundamenteel, strategisch en toegepast onderzoek en langs de andere as met medisch biologisch, klinisch wetenschappelijk, populatie, zorgstelsel en evaluatieonderzoek.

Organisatie

Nu we weten waar het over gaat is aan de orde óf en zo ja hóe het in Nederland is georganiseerd. Op dat terrein neemt de discipline een unieke positie in zowel in Nederland als in internationaal perspectief.

De belangrijkste partijen in het gezondheidsonderzoek, de partijen die het gehele terrein sturen, zijn de commissie Geneeskunde van de KNAW, de medische clusters in Nederland o.a. via het Decanenoverleg Medische Wetenschappen van de Vereniging van Universiteiten (de VSNU), de Raad voor Gezondheidsonderzoek, Zorgonderzoek Nederland en Medische Wetenschappen NWO. Deze gremia zitten formeel en informeel regelmatig met elkaar om tafel, stemmen af, bespreken strategieën, maken afspraken etc.

Een uiterst effectieve, efficiënte werkwijze, zo is al vele malen gebleken. Belangrijk uitgangspunt is dat de missies, de rollen, die de verschillende organisaties in acht dienen te nemen, zowel bewaakt als gerespecteerd worden en dat daar waar nodig verder afgestemd wordt met organisaties als de Gezondheidsraad, het College voor zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad) en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen. Laten we de vijf organisaties eens langs lopen.

De sectorraad, RGO, adviseert de ministers van OC en W, VWS en EZ over de prioriteiten in het gezondheidsonderzoek, veelal vanuit maatschappelijk perspectief. Meer specifiek concentreert de Raad zich op: de gebieden waarop het onderzoek zich zal moeten richten, aan welke gebieden voorrang dient te worden gegeven, in welke mate en op welke wijze e.e.a. gefinancierd moet worden en hoe een bepaalde onderzoekstimulering dient te worden georganiseerd.⁽³⁾

De adviezen van de RGO leiden in de regel tot onderzoekprogramma's of organisatorische maatregelen die veelal door de intermediaire organisaties MW-NWO en/of ZON verder worden vorm gegeven en uitgezet (ik kom op deze twee nog terug).

De aan DMW-VSNU verbonden acht medische clusters zijn in Nederland de grootste uitvoeringsorganisaties voor het gezondheidsonderzoek. De uitvoering van het

gezondheidsonderzoek en van sommige organisatorische maatregelen is dan ook voor een aanzienlijk deel in handen van deze medische clusters en voor het overige van een aantal interuniversitaire en niet-universitaire onderzoeksorganisaties.

De traditionele rol van de KNAW-cG is adviserend ten aanzien van identificatie en signalering van belangrijke wetenschappelijke ontwikkelingen. De belangrijkste inspanning van de KNAW-cG is de afgelopen 10 jaar geweest het toetsen van de kwaliteit van het Nederlandse gezondheidsonderzoek in internationaal perspectief. Deze rol is met verve gespeeld en met het driemaal, in nauwe samenwerking met DMW-VSNU, uitbrengen van het zogenaamde Disciplineadvies, de Michelingids van het gezondheidsonderzoek, is veel waardering geoogst. Er was ook kritiek dat spreekt vanzelf. Zoals van het orakel van Harvard, de hooggeleerde Ploegh, die ons van tijd tijd verblijdt met vermakelijke kritische kanttekeningen bij ons onderzoekbestel, maar ook vanuit de KNAW en VSNU zelf. Het lijkt er dan ook sterk op dat het bijna 2 kg wegende disciplineadvies 1998 de laatste is geweest in deze vorm.⁽⁴⁾

Dit is ook het gevolg van de plannen die de drie partijen op topniveau hebben uitgewerkt nl. het per 2002 invoeren van één landelijk stelsel van (ex-post) kwaliteitsbeoordeling. Een uitstekend initiatief, waarvan de gevolgen voor het gezondheidsonderzoek weliswaar nog niet geheel zijn te overzien, maar waarvan in ieder geval een grote mate van efficiency verbetering en verheldering het gevolg zal zijn (hoop ik). In het door OC en W in 1999 uitgebrachte wetenschapsbudget 2000⁽⁵⁾ wordt de KNAW aangewezen voor het uitvoeren van verkenningen vanuit wetenschappelijk perspectief (de wetenschapsintern gedreven thema's). De Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT) en de Commissie van Overleg Sectorraden (COS) of liever de RGO in ons geval worden verantwoordelijk voor verkenningen op maatschappelijke aandachtsgebieden (de wetenschapsextern gedreven thema's). Dit besluit vereist een perfecte afstemming tussen deze drie organisaties, maar ook afstemming met NWO, die strategienota's moet uitbrengen en met de VSNU is cruciaal. En dat maakt de cirkel rond. Binnen het veld van het gezondheids-onderzoek lukt dat want daar is sprake van een uniek en goed werkend systeem van afstemming. Op het hoogste niveau van met name KNAW, VSNU, NWO, COS en AWT (dan hebben we het dus over alle wetenschapsgebieden) begint die samenwerking en afstemming langzaam ook vorm te krijgen. Dat is van groot belang want het maakt het onderzoekbedrijf professioneler, effectiever, efficiënter en vooral ook geloofwaardiger.

Ik kom terug op de rol en positie van de medische clusters en de intermediaire organisaties Medische Wetenschappen NWO (MW-NWO) en Zorgonderzoek Nederland (ZON).

Traditioneel was ZWO (de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek) gericht op de toewijzing van middelen via een landelijke competitie met als enig selectie criterium de wetenschappelijke kwaliteit. Vanaf 1988, na de wettelijke omvorming van ZWO naar NWO (de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek), kon en wilde MW-NWO zich nadrukkelijk mede gaan richten op het maatschappelijk geïnspireerde onderzoek. Dat is met succes gebeurd en werd van extra impulsen voorzien o.a. door opdrachten vanuit het ministerie van VWS. Binnen dit ministerie, toen nog WVC geheten, en het toenmalige ministerie van O&W waren al enige tijd discussies gaande over het onderzoeksbeleid Volksgezondheid. Dit leidde in 1992 tot een notitie Onderzoeksbeleid Volksgezondheid⁽⁶⁾ waarin een vernieuwing van dit beleid werd aangekondigd. Met deze vernieuwing werd beoogd:

1. Een betere sturing op beleidsprioriteiten en een doelmatiger inzet van middelen.
2. een beter overzicht van de verschillende onderdelen van het door WVC aangestuurde gezondheidsonderzoek,
3. een betere samenhang en afstemming tussen het door O&W en WVC aangestuurde gezondheidsonderzoek,
4. flexibiliteit en innovatie en
5. systematische aandacht voor implementatie en evaluatie van onderzoek. Verder werd aandacht gevraagd voor de rol van verschillende intermediaire en uitvoeringsorganisaties.

Uiteindelijk leidde dit tot een opdracht aan de RGO om een Brede Analyse van het Gezondheidsonderzoek, BAGO genoemd, te verrichten en de overheid te adviseren over deze complexe materie.

De RGO brengt uiteindelijk 3 zogenaamde BAGO adviezen uit. Adviezen over het buiten-universitaire onderzoek, het universitaire onderzoek en over de sturing en financiering van het gezondheidsonderzoek.

BAGO 1 over het niet-universitaire onderzoek leidt tot een aantal verschuivingen en fusies, zoals de vorming van het Trimbos Instituut uit het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs en het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid⁽⁷⁾

BAGO 3, over het universitaire onderzoek, heeft een versterking van de samenwerking tussen de medische faculteiten en academische ziekenhuizen tot gevolg. Op dit moment zijn de meeste medische faculteiten en academische ziekenhuizen op één of andere wijze geïntegreerd of bezig te integreren tot een medisch cluster. Pure winst, zorg, onderzoek en onderwijs in één continuüm binnen één organisatie onder één aansturingsorgaan.⁽⁸⁾ Interessant zijn in dit verband de verschillende modellen die zijn gekozen bij de clustervorming. Zo zijn er clusters met een sterke geformaliseerde band met de universiteit, clusters met een losser verband met de universiteit, clusters waarbinnen de posities van decaan en voorzitter van de Raad van Bestuur gescheiden zijn, óf juist verenigd zijn in één persoon.

Voor wat betreft onderzoek vind ik het binnen alle modellen van belang dat wordt voorkomen dat het veel grotere ziekenhuiscompartiment het onderzoeksbeleid volledig bepaalt. In goede samenhang móet en kán binnen de clusters vorm en inhoud worden gegeven aan een integratieve vorm van werken. Het is door Vandenbroucke onlangs nog eens uitgelegd in een interview in Cicero toen hij sprak over translatie-nele geneeskunde. Ik verwijs ook graag naar het uitvoerige betoog vanuit de praktijk van collega Falkenburg tijdens zijn oratie van afgelopen dinsdag.

Alle niveaus van onderzoek, het niveau van cellen, organen, het organisme, de populatie etc. moeten in samenhang worden benut. Van "Bench naar Bedside" en van "Bedside naar Bench". Dat kan heel goed binnen de clusters en dat zal voor de geneeskunde ook de meeste winst opleveren^{9 en 10}.

Ook de onderlinge samenwerking tussen de clusters moet goed worden bewaakt. Er zijn in de afgelopen decennia vele invloeden op het onderzoekbestel geweest. Voorwaardelijke financiering, taakverdeling en concentratie, selectieve krimp en groei, onderzoekscholen, dieptestrategie, om maar een paar huiveringwekkende voorbeelden te noemen. Enerzijds heeft dit geleid tot een zekere afbakening tussen de medische clusters anderzijds tot schaalvergroting en grensvervaging. Hoe het ook zij het blijft óók van belang uit te gaan van de gezamenlijke kracht en niet teveel zoals nu soms gebeurt van de zware onderlinge concurrentie. "We are the greatest" of "the best" roepen mag natuurlijk, waarbij het opvalt dat meerdere medische clusters de beste van Nederland schijnen te zijn, maar men moet zich wel afvragen de beste waarvan. De beste van de acht medische clusters, dus van acht relatief kleine organisaties. Naar de buitenlandse concurrentie kunnen we ons veel beter presenteren als the NUMC, The Netherlands University Medical Centre. En wat dat centrum op onderzoeksgebied doet en hoe goed, staat in de Michelin gids van de KNAW. Het is nog te vroeg om conclusies te trekken over de gevolgen voor onderzoek en onderwijs van de clustervorming en de variabele invulling daarvan. Ik stel dan ook voor dat de RGO hiertoe over een jaar of 5 een evaluatie in gang zet.

En dan BAGO 2, de aansturing en financiering van het gezondheidsonderzoek⁽¹¹⁾. De belangrijkste conclusie van de RGO in BAGO 2 was dat de aansturing en financiering van het gezondheidsonderzoek gefinancierd door WVC (nu VWS) te gefragmenteerd was en dat een geprogrammeerde aanpak noodzakelijk was. Na een ingewikkeld en beladen traject was het belangrijkste advies om de VWS-onderzoeksmiddelen niet door middel van een opdracht via MW-NWO te laten uitzetten maar om naast MW-NWO, waar het accent lag op kennisvermeerdering, een nieuwe intermediaire organisatie op te richten, gericht op praktijkvernieuwing.

De twee intermediaire organisaties moesten nauw samenwerken en op termijn integreren.

Dat was wat je noemt een typische poldermodel oplossing. Iedereen een beetje tevreden en ook een beetje ongelukkig.

Via een regeringsstandpunt in 1994, een rapport van een wijze commissie in 1995

over de samenwerkingsmodaliteiten werd in 1995 de nieuwe intermediaire organisatie, toen nog PEO (projecten experimenten en onderzoek) en inmiddels Zorgonderzoek Nederland (ZON) opgericht via het toen nog bestaande Praeventiefonds.

In 1996 startte ZON officieel haar werkzaamheden en in 1997 werd de ZON-wet door de kamer aangenomen, een wet waarin in de Memorie van Toelichting duidelijk was opgenomen de integratie op termijn tussen ZON en MW-NWO. En die termijn eindigt begin 2001 met de definitieve integratie van de twee organisaties.

Had dit nou niet wat effectiever, wat doelmatiger gekund, vraag je je af. Ja, in theorie absoluut, maar het bleek in de praktijk onmogelijk. MW was rond 1995 bereid en achtte zich in staat om de volledige PEO-opdracht te aanvaarden maar de moederorganisatie NWO was nog ver van waar de organisatie nú is en er was mede daardoor veel te veel departementale en politieke weerstand. Dus de PEO opdracht direct bij NWO neerleggen was onhaalbaar. Zo werd één van de namen die toen bedacht was voor de nieuwe organisatie wel heel erg bewaarheid. De Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek oftewel NOGO. Het 8 jaar durende traject naar één intermediaire organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorgvernieuwing had af en toe meer weg van een koldermodel oplossing, maar is nu afgerond. Volgend jaar onder één dak in één organisatorisch verband.

En wat is dan de meerwaarde.

Het werkerrein van de geïntegreerde organisatie is het hele spectrum van gezondheid en ziekte, preventie, zorg en zorgorganisatie en het hele traject van fundamenteel onderzoek tot uitvoeringsprojecten in de praktijk.

De nieuwe intermediaire organisatie zal een brug slaan tussen aan de ene kant de overheid en maatschappelijke organisaties die behoefte hebben aan kennis en aan praktijkontwikkelingen en aan de andere kant de aanbieders van kennisvermeerdering en zorgvernieuwing in het veld van onderzoek en zorg.

Een scheidslijn is binnen de nieuwe intermediaire organisatie absoluut niet scherp te trekken. Er is sprake van een continue proces van kennisvermeerdering tot veranderingen in de praktijk en vice versa. Of anders geformuleerd het onderzoek reageert op vragen uit de maatschappij en de maatschappij reageert op resultaten uit onderzoek. Onder één regime en één dak kunnen de diverse fasen in het continuüm veel sneller en effectiever worden doorlopen en zal de wisselwerking tussen enerzijds praktijk en onderzoek en anderzijds onderzoek en praktijk optimaal zijn.

Organisatorisch wordt ook winst geboekt. Ik noem o.a. het opheffen van de twee loketten en van onnodige procedurele verschillen en subsidievoorwaarden.

In 2001 is dan één intermediaire organisatie voor gezondheidsonderzoek en -ontwikkeling gerealiseerd. Maar, en ik zeg dat met nadruk, het blijft een dienstverlenende organisatie. Dienstverlenend, niet in dienst van, dienstverlenend aan de departementen, aan maatschappelijke organisaties en aan de onderzoeksinfrastructuur.

Een unieke einduitkomst. Het is niet de MRC (de Engelse Medical Research Council)

die altijd model heeft gestaan. Het is meer dan dat met minder geld. De combinatieorganisatie heeft een bredere taakstelling dan de Engelse MRC, die term moet ook niet meer in dit verband worden gebruikt. Ik draag hem bij deze ten grave.

De geïntegreerde intermediaire organisatie vertoont ook een fraaie parallel met de medische clusters. Het ene continuüm van onderzoek, praktijk en onderzoekersopleiding naast het andere continuüm van onderzoek, zorg en onderwijs.

Tot slot vermeld ik graag dat de in 1992 in de nota Onderzoekbeleid Volksgezondheid geformuleerde doelstellingen door de integratie alle zullen worden gerealiseerd.

Natuurlijk liggen er wel wat gevaren op de loer. Laat ik er twee noemen.

- 1) Evenals bij de medische clusters is sprake van twee partners van verschillend budgettair formaat. MW-NWO is de kleinste met het risico inhoudelijk te worden overvleugeld door ZON. Ik kom daar op terug.
- 2) Er kan een verwijdering tussen MW-NWO en andere wetenschapsgebieden binnen NWO met name Aard- en Levenswetenschappen en Chemie ontstaan. Een dergelijke verwijdering zou kunnen leiden tot een gewijzigde inhoudelijke taakverdeling tussen MW/ZON en de NWO clusters met als waarschijnlijk gevolg een versmalling van de missie van MW/ZON. Ik denk daarbij met name aan het verdwijnen van het cruciale moleculair biologische onderzoek uit de gemeenschappelijke organisatie. Dat moet tot iedere prijs worden voorkomen. MW/ZON zal, gelijk binnen de medische clusters, zijn brede missie in goede samenhang met de andere NWO gebieden tot uitvoering moeten brengen. En daar is ook alle reden toe. Ik durf de stelling aan dat de geïntegreerde MW/ZON organisatie een veel interessantere samenwerkingspartner voor de NWO-gebieden is dan MW alleen.

Zoals u merkt ben ik over de organisatie van het gezondheidsonderzoek kritisch positief en ben ik optimistisch over de ontwikkeling van de twee intermediaire organisaties ZON en MW daarbinnen. Maar niet alles loopt op rolletjes.

Rol intermediaire organisaties

Een nog onbeantwoorde vraag is bijvoorbeeld of de intermediaire organisaties serieus genoeg worden genomen door de overheid, de maatschappij. Over ZON hoeven we ons inmiddels niet zoveel zorgen meer te maken. Zij vinden zichzelf nog steeds een pioniersorganisatie en ten dele is dat ook wel waar, maar wat mij betreft horen ze al bij het establishment, is hun naam wel gevestigd en is VWS, en zijn in toenemende mate ook andere maatschappelijke organisaties, sterk aan ze verknocht. Maar hoe zit het met NWO, hoe verknocht is de maatschappij, de overheid aan NWO?

Vanaf het begin van de tachtiger jaren, en in versterkte mate vanaf de wettelijke omvorming van ZWO naar NWO in 1988 heeft de organisatie serieus werk gemaakt van onderzoek op maatschappelijke thema's, het zogenaamde programmeren en makelen, wat echt niet pas ver in de negentiger jaren is uitgevonden. Het serieus nemen van deze nieuwe wettelijke taak had van aanvang af zeer positief gesteund moeten worden door de coördinerend minister van wetenschapsbeleid, de minister

van O&W. Deze had in 1988 en daarna aan al zijn collega ministers moeten uitlegen dat ZWO indertijd weliswaar van O&W was, maar dat de nieuwe organisatie NWO van en voor de gehele overheid, van en voor de gehele Nederlandse samenleving inzetbaar was.

Dé nationale onderzoeksintermediair, dé Nederlandse onderzoeksmakelaar, die per definitie betrokken zou moeten worden bij het realiseren van onderzoeksdoelstellingen, bij het vertalen van maatschappelijke vragen in onderzoekbare programma's en het vervolgens uitzetten van die programma's bij onderzoeksuitvoerende organisaties. Tot op de dag van vandaag is dat onvoldoende krachtig en helder gebeurd terwijl toch ook de commissie Rinnooy Kan, die NWO enkele jaren geleden geëvalueerd heeft, dergelijke geluiden met nadruk heeft laten horen.⁽¹²⁾

Resultaat: verspilling van menskracht binnen de NWO-organisatie, die deels ingezet moet worden om opdrachten binnen te halen in plaats van opdrachten uit te voeren. De praktijk van alle dag is dat de verschillende departementen al dan niet zaken met NWO doen, dus alleen wanneer ze dat uitkomt. Soms richten ze zelfs hun eigen onderzoeksorganisatie op. Een inefficiënte manier van werken, die voor het gezondheidsonderzoek in ieder geval voor wat betreft het ministerie van VWS niet meer opgaat zodra de integratie ZON/MW-NWO voltooid is. Wat NWO betreft, zeker na de recente reorganisatie, is NWO in den brede klaar voor deze taak. Ik meld het nog maar even.

Financiering

We zijn toegekomen aan het onderdeel financiering van onderzoek. Hoe is het daarmee gesteld in Nederland.

De investeringen in onderzoek lopen al jaren terug. In 1987, 2.28% van het BNP, in 1990 2.02%, in 1997 1.94%. Met name de investeringen uit de publieke middelen, de overheidsuitgaven nemen af van 1.04% BNP in 1990 tot 0.89% in 1999 en een prognose van verdere terugloop bij onveranderd beleid in 2003 tot 0.76% BNP en dat terwijl het economisch goed gaat en kennis van groot belang is voor verdere groei. De Europese Commissie heeft onlangs nog uitgerekend dat 25 tot 50% van de economische groei voortkomt uit onderzoek en technologie.

We geven in Nederland zo'n 1.5 miljard gulden per jaar uit aan gezondheidsonderzoek, dat is 10% van de totale onderzoeksuitgaven.

De eerste geldstroom, de medische clusters dus, is de grootste met 41% van die 1.5 miljard, dat is inclusief de zgn. Rijksbijdrage, op de hielen gevolgd door de industrie met 32% (development is daaruit weggelaten).

Daarna volgt de rest van de overheidsinvesteringen zoals VWS via ZON en MW-NWO, maar ook andere ministeries met 14%. De charitatieve fondsen een bijzonder belangrijke, maar geormerkte geldstroom, samen circa 10% en tot slot de kleinste, de tweede geldstroom MW-NWO met 3%.

Wanneer we Nederland langs de internationale maatlat leggen, dan doen we het slecht. Nederland geeft aan gezondheidsonderzoek ongeveer 100 gulden uit per inwo-

ner per jaar. Landen als de VS, VK, Scandinavië, Duitsland en Frankrijk het dubbele of driemaal zoveel, dus 200 tot 300 gulden per inwoner per jaar.

Laten we de gezondheidszorg, waarvoor dat onderzoek uiteindelijk wordt gedaan, eens als bedrijfstak beschouwen. Daar gaat in Nederland ruim 60 miljard gulden in om. Dat betekent dat het aandeel onderzoek van de totale omzet slechts 2.5% is en het overheidsaandeel onderzoek slechts 1.5%. Een gemiddeld innovatief bedrijf investeert meer in onderzoek.

Los van de al bestaande verschillen die in het nadeel van Nederland uitpakken is een bijkomend probleem dat de meeste van de genoemde landen er van overheidswege voor hebben gekozen extra te gaan investeringen in met name het gezondheidsonderzoek. Dat gaat ons nu nog meer op achterstand zetten. Tenzij de kentering in het beleid, welke zich uiterst voorzichtig aankondigt, echt doorzet. Een kentering die concreet heeft geleid tot 10 miljoen gulden nieuw geld per jaar voor alle wetenschapsgebieden in de zogenaamde vernieuwingsimpuls. Dat is 0.70 promille van de totale onderzoeksuitgaven en 1.5 promille van de overheidsuitgaven voor onderzoek in Nederland.

Wanneer de kentering op termijn inderdaad tot een structurele en ook dringend noodzakelijke substantiële toename van het onderzoeksbudget leidt, met name van NWO (ik heb het dan over een paar honderd miljoen gulden), dan heb ik daar ook eens een boodschap bij, speciaal natuurlijk in relatie tot het gezondheidsonderzoek. Twee dingen stel ik voor:

1. de beschikbare middelen binnen de eerste geldstroom gezondheidsonderzoek moeten minimaal worden geconsolideerd, geen bezuinigingen dus, en
2. er moet fors worden geïnvesteerd in de tweede geldstroom gezondheidsonderzoek.

De verhouding tussen 2e (MW-NWO) en de 1e (de acht medische clusters) geldstroom is in Nederland voor wat betreft het gezondheidsonderzoek volledig scheef, namelijk circa 1:15. Maar ook binnen de 2e geldstroom (de NWO-middelen dus) is sprake van een historisch bepaalde scheefgroei. Het aandeel gezondheidsonderzoek van MW is daar slechts 8%. Terwijl binnen de 1e geldstroom de medische clusters ongeveer 25% van de totale onderzoeksmiddelen toegewezen krijgen. Uitgaande van de minimaal gewenste gelijkblijvende inzet van de 1e geldstroom stel ik een verdubbeling voor van het huidige 2e geldstroombudget voor gezondheidsonderzoek, voor zover het bottom-up ongestuurd onderzoek betreft een stijging dus van de huidige 25-30 Mf naar 50-60 Mf op jaarbasis. Daarnaast dient binnen de tweede geldstroom het bedrag voor gestuurd gezondheidsonderzoek te worden geconsolideerd (40 à 50 Mf structureel op jaarbasis) en niet zoals nu, volledig afhankelijk te zijn van de werfkracht van de medewerkers van de organisatie. Een dergelijke oplossing is passend bij de rol die NWO wettelijk heeft als nationale onderzoeksintermediair. Het totale 2e geldstroom budget gezondheidsonderzoek komt dan op 100 Mf op jaarbasis hetgeen circa 15% is van het budget eerste geldstroom inclusief

de zogenaamde rijksbijdrage. Dus dan wordt de verhouding 2e:1e geldstroom 1:6. De geïntegreerde organisatie MW/ZON zou dan circa 25% van de totale 1e én 2e geldstroom middelen gaan inzetten, dat is inclusief het praktisch georiënteerde, of zogenaamde development deel van ZON. Een haalbaar, beschaafd maar ook noodzakelijk eindresultaat.

Wanneer dit wordt bewerkstelligd is het afgelopen met de dramatisch lage honoreringspercentages, het afwijzen van veel te veel excellent onderzoek en het frustreren van onderzoekers. Dan is een kosten effectieve situatie bereikt, zowel voor de organisatie zelf als voor de indienende onderzoekers, de beoordelende referenten en de beoordelingspanels. Slechts dan ook kan MW-NWO een gelijkwaardige partner van Zorgonderzoek Nederland (ZON) in de geïntegreerde organisatie zijn.

Slechts dan ook kan met succes worden gepoogd de goede aansluiting bij de buitenlandse concurrentie te consolideren. En laat men nu niet weer aankomen met de middelen van de collectebusfondsen of VWS als veel gehoord argument om niet méér in de 2e geldstroom te investeren. Deze middelen zijn niet vrij te besteden, zij zijn gekoppeld aan specifieke ziektebeelden, doelen en missies. Bovendien zijn deze middelen ook meegenomen in de eerdere berekeningen, dus inclusief deze geldstromen doen we het al slecht in Nederland.

Mocht de substantiële verhoging van het onderzoeksbudget onverhoopt niet doorgaan, dan rest een verschuiving binnen de NWO-begroting ten gunste van het gezondheidsonderzoek. Daar is moed voor nodig maar het is dringend noodzakelijk.

Sturing

En dan nu sturing in brede zin.

Wat in de discussie rond de taakverdeling en samenwerking tussen MW en ZON belemmerend heeft gewerkt is de immer spanningsvolle relatie tussen nieuwsgierheidsgedreven en maatschappelijk gestuurd onderzoek of anders gezegd tussen wetenschapsintern en wetenschapsextern gedreven onderzoek.

In die discussie, zeker wanneer het de onderzoeksmiddelen van VWS betrof waren een aantal hardnekkige misverstanden te onderscheiden:

1. Fundamenteel onderzoek en kwaliteit zijn synoniem
2. Maatschappelijk relevant of toegepast onderzoek en gebrek aan kwaliteit zijn synoniem
3. Fundamenteel zorgonderzoek bestaat niet
4. Er bestaat geen toegepast moleculair biologisch onderzoek
5. Onderzoekers binnen een academische setting zijn niet geïnteresseerd in het oplossen van vragen uit de praktijk.

Dergelijke karikaturen verhinderen een zuivere discussie. Ik herhaal nog maar eens de argumenten.

Er zijn, gemeten langs de kwaliteitsas, twee soorten onderzoek, onze rector heeft het

onlangs meen ik ook weer eens gezegd: goed en slecht onderzoek en zowel fundamenteel als toegepast onderzoek kunnen dus goed of slecht zijn. Fundamenteel en toegepast onderzoek bestaan op alle inhoudelijke terreinen, dus over het gehele spectrum van gezondheidsonderzoek. Er bestaat wel degelijk fundamenteel zorgonderzoek en toegepast moleculair biologisch onderzoek.

Gezondheidsonderzoekers hebben het wat betreft de relevantie niet al te moeilijk. Het onderzoeksgebied is bijna per definitie maatschappelijk relevant. Organisaties en onderzoekers binnen het gezondheidsonderzoek zijn zich dit ook bewust en zijn wel degelijk bereid om naast het uitvoeren van fundamenteel onderzoek, praktijkgeoriënteerde vragen met behulp van onderzoek aan te pakken. Bij MW-NWO bijvoorbeeld is de verhouding fundamenteel versus maatschappelijk georiënteerd onderzoek wat middeleninzet betreft 1:1.

Maar ook de VSNU, die zich met al het onderzoek bemoeit, heeft daar in 1997 in haar nota *Verantwoord Onderzoek* nog eens een duidelijk standpunt over ingenomen.⁽¹³⁾ Zij komt in die nota met een middelenverdeelmodel waarin evenwichtige aandacht is voor fundamenteel onderzoek en onderzoek vanuit maatschappelijke overwegingen.

In toenemende mate worden onderzoekers ook mede afgerekend op hun werfkracht bij maatschappelijke organisaties en industrie en niet louter op sommetjes als de aantallen publicaties maal de impact gedeeld door de wortel van het aantal fte's of iets dergelijks. Met dat dreigende doorslaan naar een vorm van cijferfetisjisme moeten we ook oppassen. Wetenschappelijke output is een zeer belangrijk criterium om te beoordelen of investeringen in onderzoek iets hebben opgeleverd, of onderzoekers het goed hebben gedaan. Een additioneel criterium zou kunnen zijn de implementatie van onderzoeksresultaten, of de daadwerkelijke oplossing van een praktijkprobleem. Laat dat maar meetellen bij de beoordeling van onderzoekers. Evenals het publiceren in Nederlandstalige tijdschriften.

Wat in de hele kwaliteitsdiscussie nog niet veel systematische aandacht heeft gekregen is de vraag:

Hoe bewaken, verbeteren, organisaties als onderzoekscholen, instituten, onderzoekslaboratoria, industriële laboratoria etc. de kwaliteit van hun onderzoek? Is er eenduidigheid, is het maatwerk, is er sprake van best-practice, wat zijn de invloeden van buiten?

Dat en nog een aantal andere vragen zullen binnen de sector gezondheidsonderzoek onderwerp van nadere studie zijn, uitgevoerd door Inge v.d. Weijden in de groep van mijn collega's Eric-Jan Tuininga en Peter Groenewegen. Ik zal daaraan graag mijn steentje bijdragen.

De sturing door de overheid, door de maatschappij wordt in het geval van het gezondheidsonderzoek natuurlijk niet alleen bepaald door de mogelijke baten zoals lang gezond leven en op hoge leeftijd kort sterven, maar mede bepaald door het kosten-aspect.

De belastingbetaler wil waar voor zijn en haar geld zien en aan die wens lijkt makkelijker tegemoet gekomen te kunnen worden wanneer onderzoeksmiddelen ingezet worden op tevoren vastgelegde thema's. Ik zeg lijkt, want de vraag blijft hoe je de uitkomsten meet. Welke uitkomsten worden verwacht, welke factoren anders dan onderzoek beïnvloeden de uitkomsten, is er een relatie met de gedane investeringen in onderzoek, en met welke maten en methoden worden de uitkomsten geëvalueerd. Levert sturing en stimulering van onderzoek op een bepaald terrein kennis en resultaten op die nuttig zijn voor het beleid, die goed bij dat beleid aansluiten en leidt dat ook tot meer toepassing en tot daadwerkelijk gebruik van die resultaten.

Is de ene methode van stimulering effectiever dan de andere, is er sprake van best-practice. Belangrijke vragen, waarvan de antwoorden van nut zijn voor de lopende en toekomstige stimuleringsprogramma's. Er zijn de laatste jaren een paar grote stimuleringsprogramma's afgerond en geëvalueerd. Ik noem SOOM en NESTOR op het gebied van verouderingsonderzoek, het Stimuleringsprogramma

Gezondheidsonderzoek (SGO) en het AIDS onderzoeksprogramma van de PccAo.

Binnen deze programma's is sprake geweest van een zeer verschillende aanpak.

Projectmatig versus programmatisch, top-down en bottom-up in verschillende variaties en met verschillende mate van betrokkenheid van de financiers. Sommige van de genoemde vragen zijn zeker beantwoord. Dit is echter gebeurd binnen de programma's zonder ze over de programma's heen in onderling verband met elkaar te brengen. En dat zou wel eens uitermate nuttig kunnen blijken te zijn. Het doet mij genoegen dat een aantal van de hiervoor vermelde vragen zullen worden opgepakt door Marc van Santvoort en dat ik samen met professor Wim van den Heuvel bij dat onderzoek, dat Marc overigens zelf financiert, zal worden betrokken.

Wetenschappelijk wangedrag

Even terug naar het afrekenen van de onderzoekers. Hoeveel hebben onderzoekers ervoor over om aan de bak te blijven? Zijn ze bereid om daarin zo ver te gaan dat de door hen afgeleverde onderzoeksresultaten discutabel zijn? Met andere woorden, hoe is het gesteld met wetenschappelijk wangedrag in Nederland.

De druk op het onderzoekbedrijf en dus op de onderzoekers is enorm toegenomen de afgelopen decennia. Harde competitie om onderzoeksmiddelen, de race om impact factoren, de vaste baan, de druk van de opdrachtgever of gewoon geld verdienen, zijn allemaal factoren die daar een rol bij spelen. Harde cijfers bestaan niet over de Nederlandse situatie. Het materiaal dat voorhanden is, is anecdotisch.

Bijvoorbeeld het boek van van Kolschooten⁽¹⁴⁾ waarin interessante Nederlandse gevallen worden beschreven, of van Köbben en Tromp⁽¹⁵⁾ waarin met name aandacht wordt besteed aan de grote invloed die opdrachtgevers op resultaten van onderzoek

hebben. Er is ook geen organisatie die zich systematisch met de problematiek van wetenschappelijke fraude bezighoudt.

In 1995 presenteerden op initiatief van NWO, NWO, de KNAW en VSNU een notitie inzake wetenschappelijk wangedrag.⁽¹⁶⁾

Deze notitie was door de samenstellers bedoeld als een eerste aanzet voor het opstellen van procedures en richtlijnen waarop organisaties terug zouden kunnen vallen wanneer wangedrag zou worden geconstateerd. Er zijn een aantal pogingen gedaan om aan e.e.a. meer handen en voeten te geven en bijvoorbeeld te komen tot een landelijk meldpunt en commissie, zoals o.a. in de Scandinavische landen bestaat. Tot op heden, 5 jaar later, is dat nog niet gelukt. Wat binnenkort in ieder geval wel verschijnt en dat is een uitstekend initiatief van de KNAW samen met NWO en VSNU, is een onderwijsbrochure "wenselijk gedrag" bestemd voor jonge onderzoekers. Mondiaal heeft wetenschappelijk wangedrag de laatste jaren veel aandacht gekregen. Lock en Wells⁽¹⁷⁾ hebben in 1996 een goed internationaal overzicht gepresenteerd. Toch zijn ook uit deze publicatie geen betrouwbare frequenties van vòòrkomen te halen.

Onlangs verscheen in *The Lancet* een overzicht van de situatie op dit gebied in vier Scandinavische landen waar landelijke meldpunten- en commissies bestaan.⁽¹⁸⁾

Interessant was te constateren dat het totaal aantal aangemelde gevallen bij de landelijke meldpunten niet bijzonder hoog was, gemiddeld 4 per jaar binnen het gezondheidsonderzoek, en dat ook de ernst mee viel. Dat bevestigt het vermoeden van diegenen in Nederland, die het onzin vinden om een landelijk meldpunt- en commissie in te stellen. Ik ben het daar niet mee eens want nu kan men nergens aankloppen ook niet voor dat ene enkele geval.

Het in de periode 1997-1998 in Nederland onderzochte geval van fraude bij klinisch geneesmiddelenonderzoek heeft geresulteerd in meldingen bij leden van de bij genoemde casus ingestelde onderzoekscommissie van andere gevallen van vermoedelijke fraude. Daar kon nu niets mee worden gedaan. Wanneer er een landelijke commissie was geweest, had men kunnen doorverwijzen.

Bovendien is het instellen van een landelijke commissie een goed signaal naar de maatschappij. Wetenschap moet betrouwbaar en transparant zijn.

Ik stel voor om lokaal, per instelling een vertrouwenspersoon te benoemen, waar de relatief eenvoudige gevallen door kunnen worden afgehandeld, bijvoorbeeld met behulp van ad-hoc commissies per geval. Daarnaast zou het instellen van een vorm van mentoraat of begeleidingscommissie voor jonge onderzoekers, buiten de eigen onderzoekssetting aanbeveling verdienen.

Tot slot vind ik al langer dan vandaag dat er een landelijke commissie moet worden ingesteld, bij voorkeur bij de KNAW waar de gecompliceerde gevallen kunnen worden behandeld. Recente signalen die mij bereiken, maken me zeer optimistisch over het daadwerkelijk tot stand komen van een dergelijke commissie.

De onderzoekers

Zo zijn we beland bij degenen die het systeem draaiend houden, de onderzoekers. Zijn ze er nog, de jonge gemotiveerde onderzoekers? Ja, zeker wel, maar in afnemende mate. Het wordt toenemend problematisch om onderzoekers te werven op projecten. Dat geldt met name voor AIO's' maar langzamerhand ook voor post-docs. Het AIO-probleem lijkt vrij simpel te verklaren. Het toekomstperspectief is onduidelijk en de salarissen zijn te laag. Of zou er ook nog een relatie bestaan met het niet al te beste imago van de wetenschap in Nederland en hoe zit het met de brain drain naar het buitenland? Weten doen we het niet en daarom is het goed dat de KNAW-cG en MW-NWO het initiatief hebben genomen tot het maken van een nadere analyse waarbij separaat aandacht wordt besteed aan de volgens het disciplineadvies dalende belangstelling van jonge klinici voor onderzoek. Op basis van de uitkomsten van deze en ook andere studies kunnen dan verdere maatregelen worden genomen, naast de al lopende initiatieven om het probleem aan te pakken.

Wanneer na de promotie de post-doc status is bereikt, ontstaat voor de jonge dwarse onderzoeker het probleem van shoppen van project naar project. Van tijdelijke aanstelling naar tijdelijke aanstelling. De huidige doorstroommogelijkheden binnen de vaste formatie zijn ook zeer beperkt. Het KNAW disciplineadvies is daar helder over. Rond 2005 begint de leegloop vanuit de vaste formatie maar vooruitlopend daarop moet nu al iets gebeuren. Het is overigens nooit de bedoeling geweest van het systeem om alle post-docs binnen de onderzoeksinfrastructuur te houden.

Er wordt ook opgeleid voor andere posities in de maatschappij. Wetenschappelijk onderzoek doen is een goede basis voor andere functies, tenminste als je het niet te lang doet en als je tijdens de rit andere vaardigheden kunt leren.

Een apart aspect is nog de carrièremogelijkheid van vrouwen binnen het gezondheidsonderzoek. Terwijl 64% van de afgestudeerden in de sector gezondheid van het wetenschappelijk onderwijs vrouw is, gaat de doorstroming naar de vaste posities tergend langzaam. Bij de AIO's is het onderdeel vrouwelijke onderzoekers nog 60%, bij de post-docs 40%. Binnen de categorie universitair docenten is het percentage al gezakt naar 25%, bij de universitair hoofddocenten naar een kleine 10% en hoogleraren 5%⁽¹⁹⁾. Het is een probleem dat speelt binnen alle takken van wetenschap, maar binnen de sector gezondheid is samen met de sector maatschappij en gedrag de AIO-instroom van vrouwen het hoogste en dus de potentiële doorstroom naar hogere en vaste posities het grootst.

Het is niet zo dat niemand de problemen onderkent of er iets aan wil doen.

Integendeel, voor het algemene post-doc probleem wordt door de verschillende organisaties gewerkt aan oplossingen. En voor het doorstroomprobleem van vrouwelijke onderzoekers is een bescheiden stimuleringsprogramma van start gegaan.

Toch blijven het nog druppels op een gloeiende plaat. Net als bij de middelentoe-name discussie zijn het voorzichtige kleine stapjes, terwijl rigoreuze maatregelen nodig zijn.

Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,
Met het aandringen op rigoreuze maatregelen wil ik deze openbare les beëindigen.
Ik heb een aantal voor mij relevante thema's binnen dit nieuwe vakgebied besproken.
U hebt mij o.a. horen zeggen:

- dat het gezondheidsonderzoek in Nederland inmiddels goed georganiseerd is
- dat er een mondiaal unieke situatie is ontstaan met de integratie van de intermediaire organisaties MW-NWO en ZON
- dat er binnen het gezondheidsonderzoek evenwichtige aandacht is voor zowel wetenschapsintern als wetenschapsextern gedreven onderzoek
- dat NWO vanaf heden moet worden behandeld als de nationale onderzoeksintermediair, de Nederlandse onderzoeksmakelaar
- dat we in Nederland onvoldoende investeren in gezondheidsonderzoek en dat dat snel en drastisch moet veranderen
- dat er een nationale commissie bij de KNAW moet komen voor het afhandelen van gecompliceerde gevallen van wetenschappelijk wangedrag en
- dat er rigoreuze maatregelen moeten worden genomen rond de problematiek van de dalende AIO-instroom, de post-doc doorstroom en de positie van vrouwelijke wetenschappers.

Dames en Heren,

Aan het einde van mijn rede wil ik graag enige woorden van dank uitspreken.

Meneer de Rector Magnificus, leden van het College van Bestuur.

Ik ben u zeer erkentelijk voor het besluit een deeltijdleerstoel in te stellen in dit nieuwe takje van de medische wetenschappen en voor het door middel van deze benoeming in mij gestelde vertrouwen.

Leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum.

U was het die de visie had om deze deeltijdleerstoel in te laten stellen.

Ik dank u voor uw steun bij het tot stand komen van mijn benoeming.

Leden van het Algemeen Bestuur, het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen en de directie van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek.

Dankzij uw flexibele opstelling is het mij mogelijk gemaakt deze leerstoel te aanvaarden. Ik dank u voor uw medewerking en het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde Bernini, beste Luigi,

Het is niet de Biochemische of Moleculaire Genetica geworden, maar daar zul je, nu je met emeritaat bent, niet wakker van liggen.

Ik dank je zeer voor de ruimte die je mij bij aanvang van mijn carrière hebt geboden om mijn eigen weg te gaan. Die ruimte heb ik benut en dat heeft mij vandaag hier gebracht.

Hooggeleerde van Es, beste Bob,

Bij jouw afscheid in 1999 liet je een lange lijst met promovendi van jou zien, waarvan een aantal tot hoogleraar zijn benoemd.

Ik ben geen promovendus van jou in hiervoor vermelde zin. Als jij mij echter niet in 1990 uit Leiden had weggeplukt en in zekere zin onder je hoede had genomen dan had ik hier nu niet gestaan.

Ik beschouw me dan ook een beetje als jouw promovendus en dank je voor de vele intensieve en vruchtbare uren van samenwerking in de periode 1990-1996.

Hooggeleerde Dupuis, hooggeleerde Beukers,

Beste Heleen en Harm,

Ruim 11 jaar geleden hadden we het voornamelijk over m^2 , raamkozijnen, fte's en beheersondersteuning.

Nu gaat het weer over de inhoud van onze verschillende vakken. Dank voor jullie steun en ik verheug me op onze verdere samenwerking.

Medewerkers van Metamedica,

Eén dag in de twee weken betekent dat we elkaar niet veel tegenkomen, soms zelfs helemaal niet.

Ik dank jullie voor de prettige, collegiale wijze waarop jullie deze vreemde deeltijd-eend in jullie bijt hebben opgenomen.

Medewerkers van Medische Wetenschappen NWO,

Een halve dag per week is niet veel maar jullie moeten er voor bloeden. Ik dank jullie voor jullie niet aflatende steun en zeer plezierige en loyale samenwerking.

Bestuur en medewerkers van Zorgonderzoek Nederland,

In 2001 had ik jullie in één adem genoemd met MW-NWO. Nu is er nog ruimte voor een separate behandeling. Ik dank jullie voor de constructieve samenwerking en verheug me op onze toekomstige samenvoeging. Ik zal straks graag ook jullie professor zijn.

Dames en heren studenten,

Ik heb niet de illusie dat u na deze openbare les de schellen van de ogen zijn gevallen en dat u straks opgelucht uitroept "Daar wil ik in doorleren". Dat zou ik u ook ten sterkste afraden. Eerst een echt vak leren en dan kunt u het er mooi naast gebruiken. De momenten van ontmoeting zullen niet beperkt blijven tot de borrels van de MFLS, dat kan ik u verzekeren. Want mijn vak past uitstekend in het nieuwe curriculum. Het is namelijk bij uitstek probleem georiënteerd. Ik verheug me op onze interacties.

En dan mijn familie.

Het is erg jammer dat mijn vader en schoonvader dit net niet hebben kunnen meemaken. Ze hadden er beiden op hun eigen wijze zeer van genoten.

Mijn moeder wil ik danken voor het feit dat ze haar ontembare energie twee decenia lang mede heeft gebruikt om onze BV Klasen draaiend te helpen houden. Ze heeft trouwens nog steeds een deeltijdaanstelling.

Lieve Hester en Laurens,

Jullie hebben mij wel meer verkleed zien optreden. Maar waarschijnlijk hebben jullie vandaag even gedacht dat jullie in de verkeerde voorstelling terecht waren gekomen.

Het duurde deze keer wel erg lang voor er eens gelachen werd.

Ik zal jullie blijven meeslepen naar zoveel mogelijk voorstellingen in ons leven en zal me die van jullie zo min mogelijk laten ontsnappen. Zo blijft het alle dagen feest.

Dank jullie wel.

Tot slot.

Lieve Tonny,

Een groot deel van de door mij doorgeworstele oraties werd uitgesproken door mannen met een partner waarvan velen zich verontschuldigen voor de verwaarlozing van die partner.

Verwaarlozing komt in ons beider woordenboek niet voor. Wij zijn op alle fronten samen ook onze eigen weg gegaan en dat gaat al meer dan 30 jaar voortreffelijk.

Niets, ook niet het managen van gezondheidsonderzoek in klederdracht kan daar tussen komen. Dat neemt niet weg dat de rooibouw die ik neig te plegen op mijn ruim aanwezige energievoorraad jou wel eens tot meer dan alleen diep zuchten heeft gebracht.

Blijf, zoals je dat al die jaren hebt gedaan, naast je eigen werk en je privé-activiteiten, de mijne met die kritisch geamuseerde blik van je volgen. Je ziet waar het allemaal toch nog toe kan leiden.

Ik beschouw deze klus erbij dan ook in de dubbele betekenis van het woord niet alleen als mijn werk, maar wel degelijk ook als jouw werk.

Bedankt.

Meneer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Ik heb gezegd.

Literatuurverwijzingen

1. Schnabel, P. 1999
Vertellen, vermaken, verbeteren - Gezondheidsonderzoek als uitdaging, in: Op de drempel van de 21e eeuw. Uitdagingen voor het gezondheidsonderzoek. pp 57-68. Uitgave van de RGO t.g.v. het afscheid van prof.dr.A.Struyvenberg, 12 mei 1999.
2. Definities gezondheidsonderzoek; zijn in oktober 1994 door de 3 organisaties definitief vastgesteld. Een vroege versie is verschenen in december 1993 (pag.9) in de MW-NWO/KNAW-CG notitie: "De vormgeving van het Nederlandse gezondheidsonderzoek".
3. Ieder advies van de RGO is voorzien van een informatiepagina waarin het werkteerrein, de taak en andere relevante zaken worden toegelicht.
4. Discipline Report on (Bio)medical and Health Sciences Research in The Netherlands 1998.
Gezamenlijke uitgave van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten. januari 1999.
5. Wetenschapsbudget 2000: "Wie oogsten wil moet zaaien".
Uitgave Ministerie van OC&W. juni 1999.
6. Notitie Onderzoekbeleid Volksgezondheid. Gezamenlijke uitgave van de Ministeries van O&W en WVC: oktober 1992.
7. Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek. Deel I, advies nr. 9.
Raad voor Gezondheidsonderzoek, april 1993.
8. Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek. Deel III, advies nr. 12.
Doelmatigheid van het universitaire gezondheidsonderzoek.
Raad voor Gezondheidsonderzoek, februari 1995.
9. "De toekomst is aan de vertalers".
J.P.Vandenbroucke, Cicero 20, 22 december 1999, pp 20 en 21.
10. Oratie ""Immunotherapie en de vertaalstrijd in de medische wetenschap".
J.H.F.Falkenburg. Leiden, 22 februari 2000.
11. Advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek. Deel II, advies 10.
Aansturing en Financiering van Gezondheidsonderzoek. Raad voor Gezondheidsonderzoek, februari 1994.
12. Report of the NWO Evaluation Committee NWO. 12 juni 1996.
13. Verantwoord Onderzoek: verantwoording en profilering van universitair onderzoek.
VSNU, september 1997.
14. Kolfshoten, F. van. Valse Vooruitgang, 1996. Uitgeverij Contact.
ISBN 902 5457 215.
15. Köbben A. en Tromp H. De onwelkome boodschap.1999
Uitgeverij Jan Metz. ISBN 905 3302 646

16. Notitie inzake Wetenschappelijk Wangedrag. Uitgave van NWO, KNAW en VSNU. 1995.
Vervaardigd door een werkgroep onder voorzitterschap van E.C.Klasen.
17. Lock S. and Wells F. Fraud and Misconduct in Medical Research. 1996.
BMJ Publishing Group. ISBN 0 7279 0996 7.
18. Nylenna M., Anderssen D., Dahlquist G, Sarvas M., Aakvaag A.
Handling of scientific dishonesty in the Nordic Countries. The Lancet, vol.354,
July 1999, 57-61.
19. Bosch M., Horving I. en Wekker G.
In het hart van de wetenschap. Adviesraad voor Wetenschap en
Technologiebeleid. SDU-uitgevers. Den Haag 1999.

