

Vergaderjaar 1996–1997

20 423

Onderzoekbeleid volkgezondheid

Nr. 20

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 25 augustus 1997

Inleiding

Op 5 februari jl. heb ik – mede namens de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCenW) en de Minister van Economische Zaken (EZ) – het Advies **Revalidatie-onderzoek** van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (de Raad), in ontvangst genomen.

De Raad was in augustus 1995 gevraagd te onderzoeken hoe revalidatie-onderzoek tot ontwikkeling gebracht zou kunnen worden en wat daarbij de gewenste infrastructuur zou moeten zijn.

Aanleiding voor de adviesaanvraag werd mede gevormd door de constatering van de Raad in zijn eerder uitgebrachte advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek, deel 1, (1993) dat het revalidatie-onderzoek onvoldoende ontwikkeld en te veel versnipperd zou zijn. Maar ook gezien het maatschappelijk belang van revalidatie is aandacht gevraagd voor de versterking van het revalidatie-onderzoek. Revalidatie kan immers een belangrijke rol spelen bij de vermindering van maatschappelijke kosten zoals de beperking van het aantal WAO-uitkeringsgerechtigden en de verbetering van de kwaliteit van leven vanwege de aandacht voor zelfredzaamheid, individuele ontplooiing en sociale participatie.

In reactie op het advies van de Raad zal ik in deze brief – mede namens de minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen (OCenW) en de minister van Economische Zaken (EZ) – mijn standpunt geven.

Ten behoeve van de inzichtelijkheid zal ik eerst de opbouw van het advies weergegeven en daar kort op ingaan. Vervolgens zal ik mijn visie geven op de belangrijkste aanbevelingen van de Raad.

Opbouw van het advies

In het advies wordt revalidatie-onderzoek breed opgevat. Bij de omschrijving is uitgegaan van het concept van de International Classification of Impairments, Disabilities en Handicaps (ICIDH). De Raad omschrijft de kern van revalidatie-onderzoek als al het onderzoek dat gericht is op vermindering van (dreigende) blijvende lichamelijke en cognitieve stoornissen, beperkingen en handicaps ten gevolge van een ziekte, aangeboren afwijking of trauma. Het functioneren van de patiënt staat hierin centraal. Essentieel is dat in het onderzoek de verbinding wordt gelegd tussen stoornissen, beperkingen en/of handicaps.

Met deze omschrijving wordt mijns inziens recht gedaan aan het veelomvattende terrein van de revalidatie dat zich beweegt tussen cure en care en waar expliciete aandacht is voor arbeid, dagbesteding, sport, onderwijs en maatschappelijke (re)integratie. Dit betekent in mijn ogen dat binnen de revalidatie de geneeskundige, de technische en de sociaal wetenschappelijke invalshoek een belangrijke rol zullen spelen. Afhankelijk van de fase waarin het revalidatie-proces zich bevindt, zal het primaat bij één van de verschillende invalshoeken moeten liggen. De Raad heeft zich in zijn advies hoofdzakelijk gericht op de medische invalshoek.

Uitgaande van de ICIDH-omschrijving is vervolgens – ter voorbereiding van het advies – door de Raad aan ruim negentig onderzoeksgroepen gevraagd naar de hoofdlijnen van het onderzoek, de omvang en de financiering, samenwerkingsverbanden en knelpunten. Op deze wijze werd een inventarisatie van het huidige revalidatie-onderzoek in ons land gemaakt.

De resultaten die uit deze inventarisatie volgden waren dat:

- het revalidatie-onderzoek in Nederland te veel versnipperd is;
- de kritische massa van de huidige drie universitaire vakgroepen revalidatiegeneeskunde onvoldoende is;
- het aantal hoogleraren revalidatiegeneeskunde te klein is;
- ten gevolge van de ruimtelijke en bestuurlijke scheiding tussen revalidatie-instellingen en academische centra een structurele werkplaats voor revalidatie-onderzoek ontbreekt;
- structurele, financiële middelen voor onderzoek in revalidatie-instellingen ontbreekt;
- onderzoeksresultaten over het algemeen gebrekkig worden geïmplementeerd.

Bij de aanbevelingen die de Raad vervolgens naar aanleiding van deze inventarisatie heeft gedaan heeft hij getracht zo veel als mogelijk aan te sluiten bij de ontwikkelingen die momenteel in het veld zelf al gaande zijn ten aanzien van de verbetering van het revalidatie-onderzoek. Een belangrijke ontwikkeling die hier genoemd moet worden is die van de bundeling van krachten van de Vereniging van Revalidatie-instellingen in Nederland (VRIN), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Revalidatie en Fysische Geneeskunde (VRA), het Wetenschappelijk Genootschap voor Revalidatiegeneeskunde (WGR) en de Werkgemeenschap Patiënt-gebonden Revalidatie-onderzoek (wg PRO) van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

De VRIN heeft eind 1995 besloten om een deel van het budget voor de revalidatie-centra (circa f 1 mln totaal) af te zonderen en met ingang van 1997 beschikbaar te stellen voor wetenschappelijk onderzoek. De ingebrachte financiële middelen zullen niet per revalidatiecentrum worden geoormerkt maar ook kunnen worden ingezet voor wetenschappelijk onderzoek buiten het eigen centrum. Op deze wijze wordt aan schaalvergroting gedaan en worden instellingsbelangen ondergeschikt gemaakt

aan het algemeen geldende belang het revalidatie-onderzoek beter te structureren en op elkaar af te stemmen. De betrokkenen hebben hiertoe vijf aandachtsgebieden voor onderzoek geformuleerd. Het betreft de volgende thema's: herstel van loopvaardigheid na een CVA, functionele prognose, mobiliteitsherstel in de behandeling van mensen met een dwarslaesie, chronische lage rugpijn, en revalidatie-technische hulpmiddelen.

Ik ben van mening dat het veld van de revalidatiezorg met dit initiatief een bijzonder positief signaal afgeeft. Het laat zien dat het veld zich duidelijk betrokken voelt bij de versterking van het revalidatie-onderzoek en bereid is daartoe een actieve bijdrage te leveren.

De aanbevelingen

De Raad heeft zowel aanbevelingen van infrastructurele aard als inhoudelijke aandachtsgebieden geformuleerd waarop het onderzoek zich de komende jaren zou kunnen richten. Ik kan de brede invulling die de Raad aan de adviesopdracht heeft gegeven zonder meer ondersteunen. De Raad komt in zijn advies onder andere tot de volgende aanbevelingen.

1. Inhoudelijke elementen

De Raad stelt voor de volgende aandachtsgebieden tot ontwikkeling te brengen:

- de vijf door de landelijke werkgroep van VRIN-VRA-WGR en NWO-werkgemeenschap ontwikkelde onderzoeksthema's
- cognitieve revalidatie
- kinderrevalidatie
- revalidatie voor ouderen

Ik onderschrijf deze keuze en ik kan het voorstel van de Raad ondersteunen om voor deze hoofdthema's een onderzoeksstructuur tot ontwikkeling te brengen.

2. Infrastructurele elementen

2.1 Academisering revalidatie-instellingen

Volgens de Raad zal de kwaliteit en de effectiviteit van revalidatie-onderzoek verbeteren door regionale samenwerkingsverbanden tussen revalidatie-instellingen en vakgroepen revalidatiegeneeskunde, met name in de vorm van academisering van revalidatie-instellingen. Onder academisering verstaat de Raad het maken van expliciete afspraken over onderzoek (en onderwijs, opleiding en hoogwaardige patiëntenzorg) door middel van een formele relatie tussen de betrokken vakgroep en afdeling van respectievelijk medische faculteit en academisch ziekenhuis en de revalidatie-instelling(en).

Ook ik acht samenwerkingsrelaties tussen medische faculteiten, academische ziekenhuizen en revalidatie-instellingen van belang. De realisering daarvan is naar mijn mening een zaak van het veld zelf. Binnen het de universiteiten ter beschikking staande budget is er ruimte voor dergelijke voorzieningen. De universiteiten zijn autonoom en kunnen zelf contractuele verbanden aangaan met organisaties, onder andere revalidatie-instellingen. Teneinde meer zicht te krijgen op de problematiek, zal de Raad in zijn meerjarenvisie, die in het najaar van 1997 zal verschijnen, apart aandacht besteden aan het vraagstuk van de «extramurale werkplaats».

2.2 Concentratie revalidatie-onderzoek

Het is niet doelmatig aan elke medische faculteit een infrastructuur voor revalidatie-onderzoek te hebben, het zou het onderzoek versnipperen. Ik onderschrijf dan ook de mening van de Raad dat het revalidatie-onderzoek geconcentreerd zou moeten worden in samenwerkingsverbanden (kernen) van voldoende omvang rond zes universitaire centra, elk met een zo scherp mogelijk omschreven taakverdeling. Met het oog op het patiëntgebonden karakter dient samengewerkt te worden met vakgroepen en/of afdelingen revalidatiegeneeskunde.

Gezien de bestaande situatie acht ik een ontwikkeling naar de door de Raad genoemde zes kernen op dit moment reëel. Op den duur, zou naar mijn stellige overtuiging, het onderzoek in nog minder centra gebundeld dienen te worden.

Met de Raad ben ik verder van mening dat een ontwikkeling naar zes sturende kernen gepaard dient te gaan met een uitbreiding van een beperkt aantal structurele leerstoelen. De besluitvorming daarover vindt plaats op het niveau van de universiteiten. Daarnaast is het mogelijk dat er bijzondere leerstoelen worden gecreëerd: de Wet op het Hoger Onderwijs voorziet in een procedure daarvoor. Verheugend is dat zeer recent bekend is geworden dat een bijzondere leerstoel kinderrevalidatie gevestigd zal worden aan de Faculteit Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Ook deel ik de mening van de Raad dat niet al het onderzoek in Nederland hoeft te gebeuren en dat er gestreefd dient te worden naar internationale samenwerking.

2.3 Verbetering van de implementatie van nieuw ontwikkelde kennis

Het is van belang de invoering van nieuw ontwikkelde kennis en nieuwe producten in de praktijk van de revalidatiezorg te bevorderen. Daarom beveelt de Raad aan dat revalidatie-instellingen meer in onderzoek deelnemen. Op deze wijze kan ontwikkelde kennis – vanwege wederzijdse betrokkenheid – makkelijker terecht komen bij de beroepsbeoefenaren in de revalidatiecentra. Dit bevordert de toepassing van ontwikkelde kennis in de directe patiëntenzorg. De Raad beveelt aan om bij de toekenning van subsidie aan onderzoekers, de aandacht aan de wijze van implementatie of implementatieonderzoek als één van de voorwaarden te overwegen.

Bovenstaande aanbevelingen ondersteun ik van harte en passen naadloos in de voorgaande aanbevelingen van de Raad met betrekking tot de concentratie van het revalidatie-onderzoek en de academisering van revalidatie-instellingen. Naar mijn mening zal de nog in te stellen programmacommissie (zie onder 4) een bijdrage aan de uitvoering van deze aanbevelingen kunnen leveren.

Een specifiek aandachtsprobleem ligt bij de revalidatietechnologie. Te weinig wordt de verworven kennis toegepast in producten, die op de markt verschijnen. Dat is jammer, aangezien, blijkens het advies van de Raad, in Nederland jaarlijks f 9 mln aan revalidatie-technologisch onderzoek wordt besteed, wat 45% is van het totaal bedrag van f 20 mln dat in Nederland aan revalidatie-onderzoek in het algemeen wordt besteed. Blijkbaar schort er het nodige aan de samenwerking tussen kennisinfrastructuur en de industrie op dit terrein. Een oplossing kan zijn om de industrie bij de beoordeling van de revalidatie-technologische onderzoeksprojecten te betrekken. Op deze wijze neemt de industrie reeds in een vroeg stadium kennis van het project.

Wanneer bedrijven reeds in het onderzoeksstadium bij projecten worden betrokken biedt het huidige generieke EZ-instrumentarium aan revalidatie-technologische bedrijven voldoende mogelijkheden om

projecten in te dienen waarin wordt samengewerkt met de kennisinfrastructuur. Met name in het kader van het Besluit subsidies Bedrijfsgericht Technologische Samenwerkingsprojecten bestaan hiertoe voldoende mogelijkheden.

3. Landelijke strategieontwikkeling

De totstandkoming van onderzoekkernen gekoppeld aan de eerder genoemde onderzoekthema's zal geleidelijk moeten plaatsvinden. De Raad beveelt aan om voor het revalidatie-onderzoek met hulp van een onafhankelijke en deskundige externe begeleider een ontwikkelingsstrategie te volgen, die overeenkomt met de in het RGO-advies BAGO III beschreven methodiek.

Ook ik acht de door de Raad beschreven methodiek een goede methode om te komen tot grotere herkenbaarheid van een gebied, tot profilering van bestaande sterktes en taakverdeling. Overeenkomstig het regeringsstandpunt brede analyse, deel III (20 423, nr. 18), ben ik daarbij van mening dat de primaire verantwoordelijkheid voor de vormgeving van dat proces bij de veldpartijen zelf ligt.

4. Programmacommissie

De Raad beveelt aan om voor een tijdelijke periode van acht jaar bij ZorgOnderzoek Nederland (ZON), in nauwe samenwerking met het Gebied Medische wetenschappen van NWO, een programmacommissie revalidatie-onderzoek in te stellen. Deze commissie zou verantwoordelijk moeten worden gesteld voor de vaststelling van een onderzoeksprogramma.

Ook deze aanbeveling ondersteun ik van harte. Ik ben van mening dat met de instelling van een programmacommissie een flinke impuls aan de versterking van het revalidatieonderzoek gegeven kan worden. De commissie kan bij de beoordeling van verschillende onderzoeksinitiatieven een sturende en filterende rol vervullen waardoor onderzoeksinitiatieven beter op elkaar afgestemd gaan worden. Hierdoor wordt overlap voorkomen en kunnen kostbare tijd en energie optimaal benut worden voor het onderzoekswerk.

Het onderzoeksterrein wordt daarbij niet beperkt tot de geneeskundige aspecten. De onderzoeksvraagstellingen dienen met name ook te liggen op het terrein van verbindingen tussen stoornissen, beperkingen en handicaps. Dit betekent dat ook aspecten van de technische wetenschappen, bewegingswetenschappen, gedragswetenschappen en paramedisch onderzoek tot het onderzoeksterrein behoren. ZON dient daarbij met name ook het onderzoek naar implementatie van onderzoeksresultaten en kennisverspreiding op zich te nemen.

Voor de uitvoering van dit onderzoekprogramma acht de Raad een totaalbedrag van f 30 mln noodzakelijk. Dit is een gemiddelde van f 3.75 mln per jaar, uitgaande van een stimuleringsperiode van acht jaar. De Programmacie zou, aldus de Raad, met VWS-gelden (via ZON) en met OCenW-middelen (via stimuleringsgelden NWO) moeten worden gefinancierd.

Om dit jaar nog een begin te kunnen maken met de programmacommissie stel ik nu een bedrag van f 0,5 mln ter beschikking. Voor 1998 stellen de minister van OCenW en ik samen een bedrag van f 3,75 mln beschikbaar (VWS: f 3,25 mln; OCenW: f 0,5 mln). In de loop van volgend jaar zal ik opnieuw bezien of een stimuleringsbijdrage voor 1999 en verdere jaren tot de mogelijkheden behoort.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers