

RSNN EXPERT MEETING - WOENSDAG 12 MAART 2025

KLINISCH ONDERZOEKSKLIMAAT IN NEDERLAND: REFLECTIE EN VOORUITBLIK OP HET NATIONAAL ACTIEPLAN KLINISCH ONDERZOEK

ACHTERGROND

De Dutch Clinical Research Foundation (DCRF), de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), Health~Holland, Centre for Future Affordable Sustainable Therapy development (FAST), Invest-in-Holland, ACRON en de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen (VIG) hebben samen opdracht gegeven tot een [benchmark](#) onderzoek om inzicht te verkrijgen in het Nederlandse landschap van klinische studies en dat landschap te benchmarken tegen de volgende Europese landen: Denemarken, België, Frankrijk, Duitsland en Spanje.

Tegelijk met de benchmarkstudie heeft de CTR Stuurgroep van de DCRF een enquête uitgevoerd binnen het klinisch onderzoeksveld over de implementatie van de Europese Clinical Trials Regulation (CTR) in Nederland. Meer dan 350 respondenten van verschillende partijen die betrokken zijn bij klinisch onderzoek, waaronder Sponsors, Deelnemende Centra, en Toetsende Instanties, hebben hun inzichten gedeeld met betrekking tot de processen en documenten die voortvloeien uit de CTR. Dit omvat onder andere gebruik van het standaard Clinical Trial Agreement (CTA), de lokale uitvoerbaarheidsprocedures (LUH) en de Verklaring Geschiktheid Onderzoeksinstelling (VGO).

Op 25 oktober 2023 vond de Expert meeting “Klinisch onderzoeksklimaat in Nederland” plaats, georganiseerd door het Regulatory Science Network Netherlands (RSNN). Een groep van 20 experts vanuit zowel private als publieke organisaties kwam bijeen om de uitkomsten van de benchmark en de survey te bespreken.

Op 4 december 2023 vond de “Nationale Dialoog Klinisch Onderzoek” plaats bij de CCMO. Hierbij waren 180 deelnemers uit het onderzoeksveld aanwezig. Tijdens dit evenement werd de benchmarkstudie gepubliceerd en de resultaten van de CTR Survey en de RSNN expert meeting besproken.

Uit het hierboven geschetste proces is een aantal concrete doelstellingen voortgevloeid die nader gespecificeerd zijn in het “[Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek](#)” en moeten gaan leiden tot een significante verbetering van het klinisch onderzoek in Nederland. De doelstellingen zijn gecategoriseerd op basis van de (vertaalde) aandachtsgebieden van de benchmark en de RSNN expert meeting: effectievere uitvoering van onderzoek, de onderzoeksdeelnemer als partner en academic excellence.

EXPERT MEETING MAART 2025

Op woensdag 12 maart 2025 vond de opvolgende RSNN Expert meeting “Klinisch onderzoeksklimaat in Nederland: Reflectie en vooruitblik op het Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek” plaats. Een groep van 26 experts vanuit zowel private als publieke organisaties, zoals afgevaardigden vanuit de industrie, patiëntvertegenwoordigers, onderzoekers en artsen, kwam bijeen om per pijler te reflecteren op het Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek. Centrale vragen hierbij waren: Wat is er reeds gedaan, waar staan we nu en hoe gaan we verder? Daarnaast was er ruimte om andere kansen en uitdagingen te bespreken. Deze expert meeting vond plaats onder de Chatham House Rule. Hieronder volgt een samenvatting per onderwerp.

Pijler 1: Effectievere uitvoering van onderzoek

Het doel van deze pijler is om door het creëren van de juiste randvoorwaarden de opstarttijd van klinisch onderzoek in Nederland terug te brengen van meer dan 200 tot maximaal 50 dagen. Bij de start van het Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek is een aantal acties geïdentificeerd die noodzakelijk zijn voor het behalen van deze doelstelling. De acties betreffen:

- ***het gebruik van het standaard Clinical Trial Agreement (CTA) maximaliseren;***
- ***het ontwikkelen van andere nieuwe standaardcontracten;***
- ***het borgen van nationale afspraken met betrekking tot de lokale uitvoerbaarheid;***
- ***het centraliseren van budgetonderhandelingen en***
- ***het benutten van internationale ervaring.***

Het standaard CTA

Binnen de pijler “Effectievere uitvoering van onderzoek” is één van de speerpunten het maximaliseren van het gebruik van het standaard Clinical Trial Agreement (CTA) door alle relevante stakeholders. De nieuwste standaard Clinical Trial Agreement is in februari 2025 definitief vastgesteld.

De industrie geeft aan dat het nieuwe standaard CTA, met minimale aanpassingen, reeds gebruikt wordt. Echter, zolang het gebruik van het standaard CTA niet verplicht is, zullen bedrijven altijd kleine aanpassingen blijven doen om het zo goed mogelijk op hun specifieke situatie te laten aan sluiten. Dit leidt tot onnodige vertraging. Een verplichting van het standaard CTA is daarom gewenst. Verplichting van het gebruik van het standaard CTA zal de opstart van onderzoek in Nederland fors versnellen. Dit wordt door alle aanwezige experts onderschreven. Ter inspiratie wordt naar Frankrijk verwezen, waar het gebruik van het standaard CTA reeds door de overheid verplicht is gesteld. De inschatting van de industrie is

dat een verplichting geen significante negatieve impact zal hebben op de aantrekkelijkheid van Nederland als onderzoeksland.

Een eventuele verplichting van het vastgestelde standaard CTA komt idealiter vanuit de overheid, maar er wordt van alle stakeholders (waaronder ook de toetsende commissies) daadkracht gevraagd om het gebruik verplicht te stellen. Er wordt aangegeven dat een verplichting per wet geregeld zou kunnen worden, maar dat er ook andere bestuurlijke opties zijn. Er is vanuit de overheid bereidheid tot een nadere verkenning van de mogelijkheden in samenspraak met het veld.

Ontwikkelen standaardcontracten

Als onderdeel van het “Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek” wordt er geïnventariseerd welke contracten en templates op dit moment gebruikt worden door ziekenhuizen en bedrijven. Vervolgens zal beoordeeld worden welke voor standaardisatie in aanmerking komen. Er is een eerste lijst opgesteld van contracten die in aanmerking komen voor standaardisatie.

De ziekenhuizen geven aan dat er behoefte is aan een “start-up agreement”. Het voorproces kost veel tijd en nu is het financiële risico vaak voor de onderzoeker. Dit risico kan ondervangen worden met een “start-up agreement”. Het mogelijke nadeel van een “start-up agreement” is dat hiermee een drempel gecreëerd wordt voor bedrijfsgeïnitieerd onderzoek in Nederland. De industrie geeft aan dat er over het algemeen soepel wordt omgegaan met de vergoeding van gemaakte opstartkosten, ook zonder “start-up agreement”.

Borgen lokale uitvoerbaarheid

Het doel is Nederland startklaar te maken direct na centrale toetsing. Om ervoor te zorgen dat studies, na de centrale toetsing, zo snel mogelijk kunnen starten is goede borging van de nationale afspraken met betrekking tot de lokale uitvoerbaarheidsprocedures (LUH) en de Verklaring Geschiktheid Onderzoeksinstelling (VGO) vereist. Er wordt door de DRCF, in samenwerking met de CCMO, gewerkt aan een document waarin de verantwoordelijkheden in het lokale uitvoerbaarheidsproces worden gedefinieerd en afgebakend. Hiermee kan worden vastgesteld welke activiteiten lokaal en welke centraal moeten plaatsvinden en worden dubbelingen in het proces voorkomen.

Het CTA wordt vaak pas getekend nadat het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de toetsingscommissie. Instellingen zijn terughoudend met het starten van de studievoorbereidingen zonder een ondertekend CTA. Hierdoor gaan de studievoorbereidingen vaak pas van start nadat het protocol is goedgekeurd door de toetsingscommissie, in plaats van parallel aan de indiening van het protocol bij de toetsingscommissie. Dit zorgt voor veel vertraging.

Daar komt bij dat de werkwijzen van bedrijven sterk verschillen. Het kost deelnemende centra veel tijd zich hierop aan te passen. Als de gewenste werkwijze tijdig wordt afgestemd tussen bedrijf en deelnemend centrum, is daar winst te behalen qua opstarttijd.

Vertraging wordt ook veroorzaakt door bijvoorbeeld het gebruik van een app in een studie. Er moet dan meegekeken worden door een “privacy officer” om ervoor te zorgen dat de privacy van de studiedeelnemer gewaarborgd wordt. Er wordt geopperd een “privacy officer” toe te voegen aan de toetsende commissies zodat dit aspect geborgd wordt bij de centrale toetsing. Dat schept vertrouwen en maakt het consulteren van “privacy officers” door individuele onderzoekers mogelijk overbodig.

Indien er gebruik gemaakt wordt van een (medisch) hulpmiddel bij een studie, dan moet deze centraal geregistreerd worden in de instelling (convenant medische technologie). Er kijken verschillende deskundigen mee of het hulpmiddel hygiënisch gebruikt/schoongemaakt kan worden, technisch in orde is, er scholingsmateriaal is voor gebruik van het product, et cetera. Ook dit kan voor vertraging zorgen.

Tevens wordt opgemerkt dat de opstart van studies vertraging oploopt door het nieuwe EU portaal CTIS. Hopelijk zijn dit “start” problemen.

Centraliseren budgetonderhandelingen

De werkgroep voert op dit moment de volgende inventarisaties uit: wat kunnen we gezamenlijk afspreken, wat is er mogelijk binnen de huidige wet- en regelgeving en wat zijn goede praktijken (“best practices”) op dit gebied?

Er wordt aangegeven dat de budgetonderhandelingen vaak langer duren dan de contractonderhandelingen. Het zou ideaal zijn als dit landelijk geregeld zou kunnen worden. De kostenraming verschilt nu erg per site en dit lijkt moeilijk te overbruggen. Geopperd wordt om te kijken naar wat wel mogelijk is, bijvoorbeeld het ontwikkelen van templates die bij de onderhandelingen gebruikt kunnen worden.

Benutten internationale ervaring

Internationale ervaring is ontzettend belangrijk, omdat we allemaal in een internationale context werken. Daarom is besloten om internationale ervaring expliciet mee te nemen in alle werkgroepen binnen het “Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek” in plaats van het oprichten van een werkgroep.

Overig

Tot slot wordt de bal opgegooid dat we ons als Nederland, behalve op een korte doorlooptijd, ook kunnen onderscheiden op thematiek. Daarbij kan gedacht worden aan expertise op bepaalde ziektegebieden, maar ook aan onze expertise op het gebied van “first in human” / vroege fase studies. Nederland is een klein land met een hoge bevolkingsdichtheid en goede infrastructuur. Daarmee is Nederland uitermate geschikt voor dit type studies. Specialisatie op dergelijke onderwerpen kan de aantrekkelijkheid van Nederland als onderzoeksland vergroten.

Pijler 2: De onderzoeksdeelnemer als partner in het onderzoek

Patiënten en onderzoeksdeelnemers kunnen waardevolle inzichten leveren die bijdragen aan relevante onderzoeksvragen, het ontwikkelingsproces van protocollen en de lokale uitvoerbaarheid van onderzoek. Het doel is dat in 2025 patiënten/onderzoeksdeelnemers bij 80 procent van de protocollen betrokken zijn. Een ander aandachtspunt is de beperkte diversiteit van de onderzoekspopulatie, waarbij bepaalde groepen ondervertegenwoordigd zijn.

Er lopen nu drie deelinitiatieven:

- ***Het CCMO-programma patiëntparticipatie (loopt vanaf 2022), bestaande uit de volgende onderdelen:***
 - a) Evaluatie vragen onderzoeksdeelnemer in ABR-formulier;***
 - b) Oprichten Raad van Onderzoeksdeelnemers;***
 - c) Versterken rol proefpersoonleden ethische commissie en***
 - d) “Patient Initiated” onderzoek.***
- ***Het Proefpersoneninformatie (PIF)-project***
- ***DCRF werkgroep bevordering deelname onderzoek (voormalige werkgroep werving)***

CCMO-programma patiëntparticipatie

- a) De evaluatie van de vragen in het Algemeen Beoordelings- en Registratieformulier (ABR-formulier) loopt. In Q3 van 2025 zal de evaluatie opgeleverd worden, inclusief aanbevelingen voor de voortgang. Tegelijkertijd wordt dit onderwerp steeds meer op EU-niveau opgepakt. Binnen de Clinical Trial Coordination Group (CTCG) is er een projectgroep gestart met als doel het bevorderen van patiëntparticipatie in medisch-wetenschappelijk onderzoek. De CCMO is projectleider voor dit onderwerp vanuit de CTCG.***
- b) Het oprichten van een Raad van Onderzoeksdeelnemers bleek lastiger dan gedacht. Patiëntenorganisaties vinden het lastig hier tijd voor vrij te maken. In 2025 wordt dit project opnieuw opgepakt.***
- c) Het deelinitiatief dat ziet op het versterken van de rol van proefpersoonleden in de ethische commissie is afgerond. Voor de proefpersoonleden heeft dit geleid tot kennisdeling via bijeenkomsten, studiedagen en opleidingsmogelijkheden.***
- d) Het onderdeel “Patient Initiated” onderzoek is tijdelijk stilgelegd in verband met de complexiteit. Er is wel de wens uitgesproken om in de toekomst gezamenlijk verder te werken aan ondersteuning hiervan, ondanks de complexiteit.***

Er wordt uitgelegd uit dat de term proefpersoon inmiddels bijna overal vervangen is door de term onderzoeksdeelnemer. Ook voor de term proefpersoonlid komt binnenkort vervanging. De CCMO benadrukt dat zij de rol van de proefpersoonleden in de medisch-ethische commissies breder zien dan alleen de beoordeling van de PIF. De training van de proefpersoonleden zal dan ook zeker niet stoppen nu het betreffende deelinitiatief van deze pijler is afgerond. Onderzoeksdeelnemers en commissieleden weten elkaar inmiddels te

vinden en gaan bijvoorbeeld ook samen naar EUPATI. Er wordt aangevuld dat EMA ook onderzoeksdeelnemers heeft betrokken bij wetenschappelijk advies.

Vanuit het patiëntperspectief wordt benadrukt dat de inbreng van de patiënt wel betekenisvolle inbreng dient te zijn en niet enkel inbreng om de doelstelling dat in 2025 patiënten/onderzoeksdeelnemers bij 80 procent van de protocollen betrokken zijn te halen. Er geldt dat hoe eerder de patiënt betrokken is, hoe beter. In de praktijk blijkt het lastig om patiënten meteen in het begin goed te betrekken. Meer informatie en praktische voorbeelden hoe je dit goed kunt vormgeven zou onderzoekers helpen. Er wordt aangegeven dat er veel informatie beschikbaar is op de [website](#) van ZonMw en dat er ook al trainingen worden gegeven door marktpartijen (bijvoorbeeld [INVOLV](#)). Ook EATRIS heeft een goede [toolbox](#). Het belang van de Europese context wordt nogmaals benadrukt. We moeten als Nederland niet doorschieten en een uitzonderingspositie creëren die extra drempels opwerpt.

PIF-project

Het eerste deel van het project is afgerond. Er is een nieuwe template opgeleverd: één pagina samenvatting van het onderzoek, minder tekst en eenvoudige taal. De algemene informatie (wat is klinisch onderzoek, wat gebeurt er met mijn gegevens, hoe is mijn privacy gewaarborgd) zal worden opgenomen in separate brochures.

Men oppert het idee van een online platform voor PIF's. Het zou wellicht handig zijn als bijvoorbeeld alle algemene brochures op één plek teruggevonden kunnen worden.

Bevordering deelname onderzoek

Dit blijkt gecompliceerder dan aanvankelijk gedacht en daarom is deze werkgroep bezig met het herformuleren van de doelen.

Er wordt aangegeven dat nieuwe initiatieven, zoals bijvoorbeeld het e-consent, nieuwe doelgroepen zouden kunnen aanspreken.

Verder zou deelname aan onderzoek in Nederland meer omarmd en gewaardeerd kunnen worden. Men mag er trots op zijn deel te nemen aan klinisch onderzoek. Wellicht zou een "awareness" campagne vanuit de overheid hier iets kunnen betekenen. Ook kan het onderwerp beter op de kaart worden gezet in de spreekkamer, door er regelmatig over te spreken. Huisartsen kunnen een grotere rol spelen bij de identificatie van mogelijke onderzoeksdeelnemers, mits zij meer betrokken en ook gefaciliteerd worden.

Ook zou er meer ingezet kunnen worden op datadeling. Er zijn nu diverse naast elkaar lopende datastructuren, die gekoppeld kunnen worden om elkaar te versterken.

Sinds kort is de website "[onderzoek met mensen](#)" in de lucht. Iedereen kan daar alle in Nederland lopende studies vinden. Een vergelijkbare [website](#) is er nu ook op Europees niveau. Dit zijn nieuwe initiatieven die deelname aan onderzoek verder zouden kunnen bevorderen.

Pijler 3: Academic excellence

De doelstelling van deze pijler is om in 2025 de oprichting en optimalisatie van samenwerkingsverbanden voor onderzoek maximaal te faciliteren. Hiertoe zijn de volgende acties uitgezet:

- ***Inventariseren welke onderzoekersnetwerken er reeds bestaan;***
- ***Identificeren van overkoepelende activiteiten en specifieke kennisgebieden;***
- ***Ontwikkelen van blauwdrukken;***
- ***Inventariseren waar behoefte is aan nieuwe onderzoekersnetwerken en welke vorm deze onderzoekersnetwerken moeten krijgen en***
- ***Onderzoeken op welke wijze de onderzoeksinfrastructuur in Nederland moet worden ingericht om onderzoekersnetwerken en lokale trial bureaus maximaal te ondersteunen.***

Men bevindt zich nu in de inventarisatiefase, waarbij er een enquête is uitgestuurd. Daarnaast wordt momenteel de opzet voor de diepte-interviews met geselecteerde onderzoekersnetwerken uitgewerkt.

Er wordt opgemerkt dat er, naast Nederlandse onderzoekersnetwerken, nog 24 European Reference Networks (ERNs) zijn waar de werkgroep naar kan kijken om van te leren. Consortia zijn momenteel niet meegenomen, omdat deze vaak een tijdelijk karakter hebben en daarom in principe buiten scope liggen. Ook vanuit sommige CRO's worden onderzoekersnetwerken opgericht.

Patiëntparticipatie zou een vast onderdeel in ieder onderzoekersnetwerk moeten zijn. Stakeholdermanagement en het actief betrekken van patiënten en deelnemers is essentieel. Dit moet vanaf het begin meegenomen worden, zodat participatie betekenisvol en effectief kan zijn.

Naast het delen van kennis (sommige problemen zijn universeel), biedt ook het delen van vaste lasten, zoals bijvoorbeeld databaselicenties, voordelen.

Nederland heeft veel te bieden op het gebied van klinisch onderzoek. Nederland is een klein land qua markt, maar is wel goed georganiseerd en klinisch onderzoek bevindt zich op een hoog niveau. Voor de industrie is het belangrijk dat studies goed en tijdig uitgevoerd worden. Het is daarnaast essentieel dat de tijdslijnen van tevoren realistisch worden ingeschat. Voorspelbaarheid is voor bedrijven van groot belang.

Ondanks dat Nederland veel te bieden heeft, loopt het klinisch onderzoek binnen heel Europa terug qua aantallen studies. De beslissing om wel of niet met een studie naar Europa te gaan wordt vaak op "global" niveau genomen. Door je te verenigen op Europees niveau heb je een grotere stem internationaal gezien.

Advies is om de interviews ook te richten op wat de onderzoeker nodig heeft. Het succes van een netwerk ligt immers deels bij het voldoen aan de behoeften van de onderzoekers. Zo is er behoefte aan centrale ondersteuning, want de kennis ontbreekt soms in de individuele ziekenhuizen.

Andere kansen en uitdagingen in het klinisch onderzoek

Ter afsluiting krijgen alle deelnemers de gelegenheid om een onderwerp extra te benadrukken óf nieuwe kansen/uitdagingen ter tafel te brengen.

- Vanuit VWS is benadrukt dat klinisch onderzoek in Nederland onder druk staat en dat het cruciaal is om gezamenlijk, met alle betrokken partijen, actie te ondernemen om Nederland aantrekkelijk te houden als onderzoeksland. Daarbij werd aangegeven dat VWS samenwerkt met Economische Zaken om een gezond investerings- en innovatieklimaat te bevorderen. De minister heeft aangegeven het belangrijk te vinden om nieuwe therapieën voor Nederlandse patiënten toegankelijk te maken. Het strategisch business plan van de CCMO en NVMETC om het toetsingslandschap in Nederland te hervormen wordt door VWS verwelkomd als input voor het beleid. Ook heeft de vierde evaluatie van de WMO plaatsgevonden en zullen er op dit gebied ook stappen gezet gaan worden. Op 13 maart 2025 vertrekt er een grote delegatie naar Denemarken waar zij meer zullen leren over het Deense systeem.
- Tijdens het gesprek kwam naar voren dat het belangrijk is om patiënten en het bredere publiek meer bewust te maken van het belang van klinisch onderzoek. Er werd voorgesteld om een overheids campagne te ontwikkelen die dit belang benadrukt, evenals de mogelijkheden voor deelname aan klinisch onderzoek.
- Een onderwerp dat nu niet op de agenda stond omdat het geen onderdeel is van het “Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek”, maar wel aandacht behoeft is het vergoedingendossier. Betaalbaarheid versus beschikbaarheid. Het doen van doelmatigheidstudies is goed, maar men moet niet vergeten naar de toekomst te kijken. Dit type studie kan er toe leiden dat de “standard of care” in Nederland gaat afwijken van die in de rest van Europa. Dit kan als gevolg hebben dat sommige studies niet meer in Nederland uitgevoerd kunnen worden. Er wordt opgemerkt dat de zorgverzekeraars ontbreken aan tafel.
- Daarnaast werd de beeldvorming rondom klinisch onderzoek genoemd als verbeterpunt. Binnen ziekenhuizen, met name bij Raden van Bestuur en onderzoeksbureaus, heerst soms nog onwetendheid over centrale toetsing en lokale haalbaarheid. Hier ligt ruimte om gezamenlijk duidelijkheid te creëren en te benadrukken dat lokale herbeoordelingen na centrale goedkeuring niet meer noodzakelijk zouden moeten zijn.
- Er wordt nogmaals benadrukt dat het goed zou zijn als in iedere METC een “privacy officer” zitting heeft. Verder ziet men bij de beoordeling graag duidelijke, voorspelbare tijdslijnen en slechts één vragenronde. Meer harmonisatie tussen METC’s is ook gewenst. Hier wordt aan gewerkt.
- Op het gebied van patiëntparticipatie liggen de uitdagingen in het vormgeven van wat nu betekenisvolle patiëntparticipatie is én hoe dat optimaal kan worden ondersteund gedurende het hele proces, vanaf ontwerpen van klinische studies tot aan rapportage.

Daarbij wordt aangegeven dat patiëntparticipatie onderdeel moet zijn van alle pijlers van het actieplan.

- Ook wordt aandacht gevraagd voor betere centrale ondersteuning binnen onderzoekersnetwerken, met name op gebieden zoals juridische zaken, contractonderhandelingen en informatiestromen. Er is voorgesteld om goede voorbeelden, zoals de “[Research Roadmap](#)” van het Amsterdam UMC, breder te delen zodat ziekenhuizen van elkaar kunnen leren.
- Het op afstand monitoren van onderzoeksdeelnemers is niet overal toegestaan. In Nederland wel. Dit zou een “unique selling point” kunnen zijn.
- Specifieke aandacht is nodig om de Nederlandse klinische onderzoeksinfrastructuur klaar te stomen voor toekomstige innovatieve ontwikkelingen, bijvoorbeeld op het gebied van cel- en gentherapie en radiofarmaca.
- Er wordt een oproep gedaan voor het FAST forum. Het [FAST Forum](#) is een interactief platform voor professionals die betrokken zijn bij de ontwikkeling van nieuwe therapieën om contact te leggen, samen te werken en inzichten te delen. Het doel van het FAST Forum is om de uitwisseling van ideeën te faciliteren, best practices te promoten en de gezamenlijke vooruitgang van innovatieve geneesmiddelenontwikkeling te ondersteunen.
- Het ontbreekt vaak aan scholing voor research professionals. Bestuurders en managers zouden er van overtuigd moeten worden dat dit juist veel winst kan opleveren.
- Verder is benoemd dat er grote tekorten zijn in de zorg. Dus ook op gebied van research professionals. Dat zou een zorg moeten zijn voor de uitvoer van studies in de toekomst.
- Tot slot werd het belang onderstreept om administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken, zodat onderzoekers zich daadwerkelijk kunnen richten op hun primaire werk.

AFSLUITING

Tijdens deze RSNN Expert meeting is er op het Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek, bestaande uit drie pijlers, gereflecteerd. Wat is er reeds gedaan, waar staan we nu en hoe gaan we verder? Op basis van deze reflectie kunnen de werkgroepen hun activiteiten eventueel aanscherpen of bijstellen. De deelnemers vinden het van grote waarde dat, onder leiding van de DCRF, in de werkgroepen stappen gezet worden om het klinisch onderzoeksklimaat in Nederland te versterken.

Naast reflectie was er ruimte om andere kansen en uitdagingen te bespreken.

Er is in vertrouwen gediscussieerd en er was een constructieve dynamiek en energie tijdens de meeting. De aanwezige partijen zijn het eens op veel gebieden.

Dit type bijeenkomsten is essentieel om in gezamenlijkheid te komen tot concrete vervolgstappen om Nederland aantrekkelijker te maken voor klinisch onderzoek. De bijeenkomst sloot dan ook af met de vaststelling dat er een vervolg zal komen waarin de terugkoppeling op het Nationaal Actieplan Klinisch Onderzoek verder wordt uitgewerkt.

Hierbij is de gezamenlijke ambitie om concrete verbeteringen in het Nederlandse landschap voor klinisch onderzoek te realiseren.