

Gezond verstand

Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg



Bestuur van het Rathenau Instituut

mw. G.A. Verbeet (voorzitter)

prof. dr. E.H.L. Aarts

prof. dr. ir. W.E. Bijker

prof. dr. R. Cools

dr. J.H.M. Dröge

drs. E.J.F.B. van Huis

prof. dr. R.M. Letschert

prof. dr. ir. P.P.C.C. Verbeek

prof. dr. M.C. van der Wende

dr. ir. M.M.C.G. Peters (secretaris)

Gezond verstand
Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg

Patricia Faasse en Lionne Koens

Rathenau Instituut
Anna van Saksenlaan 51
Postadres: Postbus 95366
2509 CJ Den Haag
Telefoon: 070-342 15 42
E-mail: info@rathenau.nl
Website: www.rathenau.nl
Uitgever: Rathenau Instituut

Redactie: Frank Steverink
Foto's: iStock

Bij voorkeur citeren als:

Faasse, P. en L. Koens, *Gezond verstand - Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg*. Den Haag, Rathenau Instituut, 2017

Het Rathenau Instituut heeft een Open Access beleid. Rapporten, achtergrondstudies, wetenschappelijke artikelen, software worden vrij beschikbaar gepubliceerd. Onderzoeksgegevens komen beschikbaar met inachtneming van wettelijke bepalingen en ethische normen voor onderzoek over rechten van derden, privacy, en auteursrecht.

© Rathenau Instituut 2017

Verveelvoudigen en/of openbaarmaking van (delen van) dit werk voor creatieve, persoonlijke of educatieve doeleinden is toegestaan, mits kopieën niet gemaakt of gebruikt worden voor commerciële doeleinden en onder voorwaarde dat de kopieën de volledige bovenstaande referentie bevatten. In alle andere gevallen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Voorwoord

Een aantal jaren geleden interviewde ik René Paas, toenmalig voorzitter van Divosa, de vereniging van leidinggevenden in het sociaal domein, in verband met de Nationale Wetenschapsagenda. Hij vertelde hoe belangrijk het is dat, “als we dingen uitproberen, we niet vaker dan één keer leergeld betalen”. Hij doelde op professionals die “weten wat ze moeten doen, omdat hun interventies bewezen effectief zijn”.

De gezondheidssector heeft een lange historie als het gaat om de wetenschappelijke onderbouwing van beleid en praktijk. Om de zorg goedkoper te maken, de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten en de behoeften van deze cliënt centraler te stellen, zijn verantwoordelijkheden op een aantal terreinen recent bij gemeenten komen te liggen. Maar daardoor ontstaan nu knelpunten.

Neem bijvoorbeeld de aanpak van huiselijk geweld. Een gemeente die vragen had hoe ze dat moest aanpakken, huurde een consultant in. Deze schreef vervolgens een nota ‘huiselijk geweld’ en ontwikkelde een training voor ambtenaren. Maar kan deze consultant, als zzp-er, ook zorgen voor een juiste, brede verspreiding van inzichten uit de praktijk? Dit is traditioneel een taak van landelijke publieke kennisorganisaties.

Kennis voor onderbouwd overheidsbeleid wordt in Nederland van oudsher geleverd door publieke kennisorganisaties als het RIVM, het NIVEL, het Trimbos-instituut en Vilans. Zij systematiseren, valideren en verspreiden expertise en ontwikkelen ook nieuwe kennis. Het huidige onderzoek van het Rathenau Instituut laat zien dat door de recente decentralisatie van de zorg deze taken onder druk komen te staan. Kennisvragen ontstaan nu ook op lokaal niveau. Het gevaar bestaat dat verschillende gemeenten onderzoek dubbel doen, resultaten onvoldoende delen of dat kennis verloren gaat. Daarnaast sluit de geleverde kennis van de landelijke kennisorganisaties vaak nog onvoldoende aan op lokale behoeften. Versnippering van kennis dreigt, waardoor de wetenschappelijke onderbouwing van beleid en praktijk in het gedrang komt. We stelden dit vast op basis van interviews en deskresearch en in gesprekken met deze vier instituten en professionals in hun omgeving.

De afgelopen jaren heeft het Rathenau Instituut veel aandacht besteed aan de bijzondere rol van publieke kennisorganisaties voor de samenleving en beleid. In dit onderzoek ‘Gezond Verstand’ doen we dat opnieuw. Het rapport stelt dat we het belang van de publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg beter moeten onderkennen. Hun jarenlange onderzoek en opgebouwde expertise vormen een belangrijk fundament voor adequate zorg.

Bewustwording van de knelpunten biedt ook perspectief. Het rapport bevat onder meer aanbevelingen hoe de kennis die nodig is voor onze volksgezondheid op nationaal en lokaal niveau geproduceerd en beschikbaar kan worden gesteld.

Dr. Ir. Melanie Peters

Directeur Rathenau Instituut

Samenvatting

Per 1 januari 2015 zijn de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning, de Jeugdwet en de Participatiewet van kracht geworden. Deze wetten hebben tot doel de zorg goedkoper te maken, de zelfredzaamheid van de cliënt te vergroten en de behoeften van deze cliënt meer centraal te stellen. Om deze doelen te realiseren verlegt de rijksoverheid verantwoordelijkheden naar gemeenten. Tegelijkertijd vraagt de rijksoverheid ook aan gemeenten en professionals om zorg zo veel mogelijk integraal aan te bieden.

Voor deze nieuwe taken hebben gemeenten en professionals kennis nodig – kennis die van oudsher afkomstig is van publieke kennisorganisaties zoals het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en het Trimbos-instituut. Deze organisaties combineren wetenschappelijk onderzoek met kennisintensieve dienstverlening. Het onderzoek dat zij doen is gedreven door concrete vraagstukken van hun stakeholders: beleidsmakers, professionals, het maatschappelijk middenveld en het bedrijfsleven. Daarmee onderscheiden ze zich van universiteiten en academische onderzoeksinstituten waar het onderzoek primair gedreven is door nieuwsgierigheid.

Tot nu toe zijn ze sterk op de kennisbehoefte van de rijksoverheid gericht, maar door de decentralisaties in de zorg verandert zowel de taakverdeling tussen overheidsorganen als de kennisbehoefte van de professional. In dit rapport stellen we de volgende vragen:

1. Wat betekenen deze verschuivingen voor de rol en positie van de publieke kennisorganisaties?
2. Wat betekenen ze voor het publieke belang dat deze organisaties borgen?

Om deze vragen te beantwoorden hebben we gekeken naar vier publieke kennisorganisaties op het gebied van gezondheid: het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu), het Trimbos-instituut (kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg) en Vilans (Kenniscentrum voor langdurende zorg).

Kennis voor gemeentelijk beleid

Doordat verantwoordelijkheden van de rijksoverheid naar gemeenten zijn verschoven, ontstaan kennisvragen steeds meer op lokaal niveau. Dat betekent dat de diversiteit aan kennisvragen toeneemt: elke gemeente legt andere accenten in haar beleid, passend bij de problemen die zich het meest prominent voordoen. De strategische kennisbehoefte bij gemeenten is dus niet gelijk. Ook de manier waarop gemeenten hun kennisbeleid organiseren (en de aandacht die ze daarvoor hebben) verschilt. Over de rol van publieke kennisorganisaties voor het gemeentelijk kennisbeleid kunnen we het volgende vaststellen:

- Er zijn de laatste jaren veel verschillende kennisaanbieders actief geworden op het regionale en gemeentelijke kennisterrein. Het kennisaanbod in de gezondheidszorg is daarmee heterogener maar ook onoverzichtelijker geworden.

- De rolverdeling tussen deze kennisaanbieders is onduidelijk en de vraag wie er verantwoordelijk is voor de regie van het kennisecosysteem voor het gemeentelijk zorgbeleid is nog onbeantwoord.
- Er is geen eenduidig beeld over welke rol publieke kennisorganisaties zouden moeten spelen als aanbieders van kennis en kennisintensieve dienstverlening voor gemeentelijk zorgbeleid: hoewel zij zelf steeds meer aansluiting zoeken en vinden bij regionale kennisvragen, komt ook regelmatig ter sprake dat hun functie toch primair ligt bij het bieden van kennis en kennisintensieve dienstverlening voor landelijk zorgbeleid, en dat zij ten gevolge daarvan weinig zicht hebben op regionale vragen en behoeften.
- De kennisvraag van gemeenten en het kennisaanbod van de publieke kennisorganisaties sluiten vaak niet goed op elkaar aan. De gegevens die de publieke kennisorganisaties verzamelen zijn bijvoorbeeld niet altijd direct bruikbaar voor de beantwoording van gemeentelijke kennisvragen. Het is bovendien onduidelijk welke rol gemeenten kunnen gaan spelen bij de onderzoeksprogrammering en -financiering van de publieke kennisorganisaties. Het is ook onduidelijk welke consequenties dit zal hebben voor de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Integrale zorg en de (nieuwe) rol van de professional

Niet alleen de gemeente, ook de professional komt voor een nieuwe opgave te staan: het integraal benaderen van de zorgbehoefte(n) van de cliënt. Daarvoor is samenwerking tussen verschillende professionals en tussen professionals en cliënten cruciaal. Deze opgave creëert de volgende knelpunten in de rol van publieke kennisorganisaties:

- Veel publieke kennisorganisaties op het gebied van gezondheid zijn thematisch georganiseerd. Ze ondernemen weliswaar steeds meer gezamenlijke initiatieven en stemmen hun activiteiten op elkaar af, maar er is sprake van verkokering.
- Het kennisaanbod is onoverzichtelijk voor de professional. Kennis dreigt onvindbaar te worden doordat het aanbod versnipperd is. De manier waarop publieke kennisorganisaties hun kennis ontsluiten, verspreiden en bruikbaar maken, sluit onvoldoende aan bij de behoefte van de professional.

Borging van publieke kennis over gezondheid

De publieke kennisorganisaties zien zich geconfronteerd met veranderingen in de vraag naar kennis en kennisintensieve dienstverlening in de zorgsector. Enerzijds gaan decentralisaties in het zorgbeleid gepaard met verbrokkeling van de vraag. Ook is deze nu specifiek. De opkomst van nieuwe kennisaanbieders leidt tot een heterogener en onoverzichtelijker kennisaanbod. Anderzijds is de kennisbehoefte van (zorg)professionals nu meer integraal. Tezamen vragen deze ontwikkelingen om meer aandacht voor samenwerking en kennisuitwisseling tussen kennisaanbieders onderling en met professionals en gemeenten.

We stellen vast dat de publieke kennisorganisaties voor de taak staan balans en synergie te vinden tussen kennisopbouw en kennisintensieve dienstverlening voor landelijke en gemeentelijke kennisvragen. Dat vraagt om een kennisnetwerk, met uitwisseling tussen verschillende professionals, maar ook tussen instellingen op lokaal niveau, tussen instellingen op lokaal en

landelijk niveau, en tussen instellingen op landelijk niveau. In de praktijk zien we verschillende obstakels in de uitvoering van deze taak:

- De samenwerkingsverbanden die ontstaan zijn vaak ad hoc, afhankelijk van de persoonlijke inzet van medewerkers en vaak lijden zij onder tijdelijke financiering. Daardoor zijn ze instabiel.
- Het is op dit moment onduidelijk wie systeemverantwoordelijkheid draagt voor het tot stand komen en onderhouden van een goed functionerende gedeelde kennisbasis – en wat deze 'systeemverantwoordelijkheid' precies inhoudt.

Conclusies en aanbevelingen

Op basis van onze observaties over de gevolgen van de decentralisaties en de veranderende kennisbehoefte bij professionals voor de publieke kennisorganisaties, stellen we het volgende vast:

1. Positie en rol van publieke kennisorganisaties worden onduidelijk.
2. Hierdoor staat de publieke kennisopbouw op het gebied van de volksgezondheid onder druk.

Het ministerie van VWS is verantwoordelijk voor de volksgezondheid en de daarvoor noodzakelijke kennisbasis. Om de publieke kennisopbouw te borgen doen we drie aanbevelingen aan VWS:

1. Stel doelen m.b.t. de opbouw van een gedeelde kennisbasis op het gebied van gezondheid.
2. Hou rekening met publieke kennisorganisaties en neem maatregelen om tot een gedeelde kennisbasis te komen.
3. Monitor en evalueer de gedeelde kennisbasis op systeemniveau; wordt de juiste kennis ontwikkeld voor de nieuwe zorg waarin de patiënt centraal staat?

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Kennis voor gemeentelijk beleid	6
Integrale zorg en de (nieuwe) rol van de professional	7
Borging van publieke kennis over gezondheid	7
Conclusies en aanbevelingen	8
1 Inleiding	11
1.1 Publieke kennisorganisaties	11
1.2 Decentralisatie van zorg	12
1.3 Vraagstelling	13
1.4 Leeswijzer	13
1.5 Methode	14
2 Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg: onze visie	15
2.1 Kennisontwikkeling bij publieke kennisorganisaties	16
2.2 Publieke kennisorganisaties opereren in een complexe omgeving	19
3 Zorg dichterbij	25
3.1 Kennis voor gemeentelijk beleid	27
3.1.1 Er zijn veel verschillende partijen actief	28
3.1.2 Rolverdeling en regie zijn onduidelijk	30
3.1.3 Vraag en aanbod sluiten niet of slecht op elkaar aan.	31
3.2 Integrale zorg en de (nieuwe) rol van de professional	36
3.2.1 Kennis is thematisch georganiseerd	38
3.2.2 Het kennisaanbod is pluriform en onoverzichtelijk	40
3.3 Borging van publieke kennis over gezondheid	42
3.3.1 Kennisnetwerken zijn instabiel	42
3.3.2 Systeemverantwoordelijkheid is onduidelijk belegd	43
4 Conclusies en aanbevelingen	44
4.1 Analyse van de situatie	44
4.2 Conclusies met betrekking tot de publieke kennisorganisaties	46
4.2.1 Positie en rol van de publieke kennisorganisaties worden onduidelijk	46
4.2.2 Publieke kennisopbouw staat onder druk	47
4.3 Aanbevelingen aan het ministerie van VWS	47
4.3.1 Stel doelen met betrekking tot de opbouw van een gedeelde kennisbasis op het gebied van gezondheid	47
4.3.2 Hou bij maatregelen om tot een gedeelde kennisbasis te komen rekening met publieke kennisorganisaties	48
4.3.3 Monitor en evalueer de gedeelde kennisbasis op systeemniveau	48
Bibliografie	49
Interviews	52
Bijlage A: het RIVM	54

Geschiedenis	55
Organisatie	56
Beleidsondersteunend onderzoek	58
De zorgprofessional	59
Bijlage B: het NIVEL	61
Organisatie	62
Beleidsondersteunend onderzoek	63
De zorgprofessional	64
Bijlage C: het Trimbos-instituut	66
Organisatie	66
Beleidsondersteunend onderzoek	67
De zorgprofessional	68
Bijlage D: Vilans	69
Organisatie	70
Beleidsondersteunend Onderzoek	72
De zorgprofessional	72

1 Inleiding

Een kliniek voor verslavingszorg ontwikkelt een nieuwe behandelmethode. Huisartsen signaleren een plotselinge toename van patiënten met kinkhoest. Bewoners van een woonwijk vlak bij een drukke snelweg zijn bezorgd over de hoeveelheid fijnstof in de lucht. Een middelbare school ziet zich geconfronteerd met een groeiend aantal depressieve scholieren. Hoe werkzaam is de nieuwe methode? Is er sprake van een kinkhoestepidemie? Hoe schadelijk is fijnstof voor de gezondheid? Schiet het middelbaar onderwijs te kort – of is er iets anders aan de hand?

Om op deze vragen antwoord te kunnen geven, en om zo nodig adequate maatregelen te kunnen nemen, is kennis nodig. Het onderzoek waaruit deze kennis voortkomt, vindt doorgaans niet plaats aan universiteiten, of onderzoeksinstituten van KNAW of NWO, maar in andere organisaties. Deze organisaties hebben als taak om ervoor te zorgen dat de juiste kennis op het juiste moment bij de juiste instanties terecht komt, of snel beschikbaar is. Overheden, hulpverleners, handhavers, zorgcentra en hulpdiensten blijven zo goed op de hoogte van de nieuwste ontwikkelingen, en kunnen steeds over de juiste gegevens beschikken als ze beleid maken, beslissingen nemen of regels en protocollen opstellen. Wij noemen ze publieke kennisorganisaties.

1.1 Publieke kennisorganisaties

Binnen het Nederlandse kennisecosysteem vormen publieke kennisorganisaties een heterogene groep. We kennen ze doorgaans in verschillende rollen: ze monitoren maatschappelijke ontwikkelingen, evalueren beleid, maken bestaande kennis inzichtelijk en toegankelijk, waarschuwen bij calamiteiten, geven voorlichting, en ondersteunen bedrijven bij het ontwikkelen van innovaties.

In 2016 identificeerde het Rathenau Instituut 29 publieke kennisorganisaties aan de hand van een aantal gemeenschappelijke kenmerken.¹ Publieke kennisorganisaties zijn (deels) publiek gefinancierd, horen thuis in het publieke domein en dragen bij aan de kennisbehoefte en/of uitvoering van verantwoordelijkheden van ten minste één ministerie. Ze onderscheiden zich van bijvoorbeeld universiteiten of instituten van KNAW en NWO, doordat zij wetenschappelijk onderzoek combineren met kennisintensieve dienstverlening. Ze ontleen hun bestaansrecht primair aan die laatste functie: het wetenschappelijk onderzoek dat ze verrichten is niet gedreven door nieuwsgierigheid, maar komt voort uit concrete vraagstukken. Kennisvermeerdering alleen is niet het doel van het onderzoek. De resultaten ervan worden steeds vertaald naar wat overheden, professionals, bedrijfsleven en de maatschappij nodig hebben. Publieke kennisorganisaties borgen en dienen aldus een publiek belang. Veel van het werk dat ze verrichten, onttrekt zich doorgaans aan de directe aandacht van het brede publiek. Ze komen meestal alleen in het nieuws bij

¹ Koens et al., 2016.

calamiteiten – denk aan de quarantainemaatregelen bij de uitbraak van een infectieziekte, de stormwaarschuwingen van het KNMI, of het forensisch onderzoek na een vliegcrash –, of wanneer er publieke controverse ontstaat over de maatschappelijke implicaties van hun onderzoeksresultaten.

Tot op heden ontbreekt het in Nederland aan een eenduidig beleidskader van waaruit we het functioneren en het belang van de publieke kennisorganisaties kunnen beschrijven en begrijpen.² Ook in het wetenschapsbeleid zijn ze tot nu toe nauwelijks zichtbaar. In het kader van het thema 'kennis voor beleid' van zijn werkprogramma voert het Rathenau Instituut onderzoek uit naar de positie en het functioneren van de publieke kennisorganisaties, om zo te helpen bij de ontwikkeling van een dergelijk kader.

1.2 Decentralisatie van zorg

Uit eerder onderzoek van het Rathenau Instituut blijkt dat de rol en positie van publieke kennisorganisaties de laatste jaren sterk verandert. Voor een deel komt dat doordat hun budgetten gestaag krimpen, over de hele linie met gemiddeld 8 procent.³ Voor een deel is dit toe te schrijven aan veranderende opvattingen over de rol van overheden, en aan verschuivingen in verantwoordelijkheden tussen overheden, burgers en professionals. Wat deze veranderingen precies betekenen voor het publieke belang dat deze organisaties dienen, is echter niet duidelijk.

Om hier meer zicht op te krijgen, richten we ons in dit rapport op publieke kennisorganisaties uit de gezondheidssector: een sector waarbinnen de laatste jaren een aantal taken en verantwoordelijkheden van landelijk naar gemeentelijk niveau verschoven is. Zo zijn met ingang van 1 januari 2015 landelijke verantwoordelijkheden voor de jeugdzorg, de maatschappelijke ondersteuning en de arbeidsparticipatie overgeheveld naar gemeentelijke overheden. Dat stelt zowel deze gemeentelijke overheden als de betrokken (zorg)professionals voor nieuwe uitdagingen en vraagstukken.

Deze nieuwe vraagstukken liggen op het terrein van de preventie, de publieke gezondheid, de jeugdzorg en de organisatie van de zorg voor ouderen, gehandicapten en mensen met een beperking. Ook verschillende vormen van sociale ondersteuning – van huishoudelijke hulp tot schuldhulpverlening – maken hier een belangrijk onderdeel van uit. Het gaat dus niet direct om de ziekenhuiszorg, maar om het werk van de wijkverpleegkundige, de maatschappelijk werker, de huisarts, de psycholoog, de fysiotherapeut, de leraar en de medewerker van de GGD. Op landelijk niveau zijn het van oudsher de publieke kennisorganisaties, die de kennis leveren om antwoorden te geven voor deze nieuwe vraagstukken. Maar in hoeverre zijn zij in staat ook een rol te spelen op gemeentelijk niveau?

² Een uitzondering vormt de beleidsvisie van EZ op TO2 uit 2013. (Bedrijfslevenbeleid TK 32637, Nr. 68, 5 juli 2013). Deze betreft echter alleen de zes instellingen van de TO2 – ze adresseert niet de overige publieke kennisorganisaties, die wij eerder identificeerden. Zie ook: Koens, et.al, 2016.

³ Koens et al., 2016.

1.3 Vraagstelling

In dit rapport stellen we de vraag wat de decentralisaties betekenen voor de volgende publieke kennisorganisaties binnen de gezondheidszorg: het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), sectie Volksgezondheid en Zorg, het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg), het Trimbos-instituut (het nationaal expertisecentrum voor geestelijke gezondheidszorg en verslaving) en Vilans (het landelijke expertisecentrum voor de langdurige zorg).

We concentreren ons daarbij op de volgende vragen:

- wat betekenen de decentralisaties op het gebied van zorg en welzijn voor de positie en rol van de publieke kennisorganisaties;
- wat betekenen deze decentralisaties voor het publieke belang dat deze organisaties borgen?

Het gaat in dit rapport dus specifiek om de gevolgen van de decentralisatie voor de positie en de rol van de publieke kennisorganisaties. Naast deze decentralisatie zien we ook andere trends in de zorg. Denk aan de toenemende rol van e-health en digitalisering, afnemende institutionele financiering, een groeiende focus op contractonderzoek. Ook zien we, wat door betrokkenen omschreven wordt als ‘de erosie van kennis’ – het fenomeen dat de betrouwbaarheid en het belang van wetenschappelijk onderbouwde kennis steeds vaker publiekelijk in twijfel worden getrokken. Hoewel deze ontwikkelingen ook van invloed zijn op de positie en rol van de publieke kennisinstellingen, komen ze in dit rapport niet als zodanig aan de orde.

Over de gevolgen van de decentralisaties voor het kennisecosysteem rondom preventie, publieke gezondheid, jeugdzorg en verpleging zijn al veel rapporten verschenen. De invalshoek varieert: van adviezen van bijvoorbeeld de Gezondheidsraad, tot reflectieverslagen van discussiebijeenkomsten, inventarisaties van beschikbare kennis en kennisbehoeftes en evaluaties van bijvoorbeeld academische werkplaatsen.⁴ Anders dan in deze literatuur ligt onze focus specifiek op de rol van de publieke kennisorganisaties.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit vijf hoofdstukken. Na een inleidend hoofdstuk presenteren we in het tweede hoofdstuk het analytisch kader van waaruit wij naar de publieke kennisorganisaties kijken. We laten zien welke activiteiten publieke kennisorganisaties in het gezondheidsdomein verrichten en

⁴ Voor een overzicht van gebruikte studies verwijzen wij u naar de bibliografie.

omschrijven de complexe omgeving waarin deze organisaties functioneren. Een omschrijving van de individuele cases die voor dit rapport bestudeerd zijn (het RIVM, het NIVEL, het Trimbos-instituut en Vilans) staat in bijlagen A t/m D.

Het derde hoofdstuk gaat in op twee veranderingen in de omgeving van deze kennisorganisaties. We signaleren dat voor preventie, publieke gezondheid, jeugdzorg, participatie en het sociaal domein met ingang van 1 januari 2015 een aantal taken en bevoegdheden bij gemeenten terechtgekomen is. Dat betekent dat zowel de werkwijze van gemeenten als die van de (zorg)professional verandert. De gevolgen hiervan voor de publieke kennisorganisaties staan centraal in dit hoofdstuk. Tot slot presenteren we enkele conclusies en aanbevelingen (hoofdstuk 4).

1.5 Methode

Voor dit rapport hebben wij literatuuronderzoek gedaan. Een literatuurlijst is achterin dit rapport opgenomen. Daarnaast hebben wij gesproken met mensen van de betrokken organisaties. Een lijst met geïnterviewde personen is ook als bijlage bij dit rapport opgenomen.

Tot slot hebben wij onze eerste bevindingen tijdens een terugkoppelbijeenkomst op 23 november 2016 besproken met directieleden van de bij dit onderzoek betrokken publieke kennisorganisaties. We zijn hen erkentelijk voor de inspirerende gedachtewisseling die deze middag opleverde, en hebben dankbaar gebruik gemaakt van de verkregen inzichten.

2 Publieke kennisorganisaties in de gezondheidszorg: onze visie

Er zijn verschillende publieke kennisorganisaties die zich bezighouden met gezondheid en welzijn.⁵ Tussen deze kennisorganisaties onderling bestaan grote verschillen. Er zijn grote organisaties, zoals het RIVM, maar ook relatief kleine, zoals Movisie en Vilans. Sommige zijn meer dan een eeuw oud, andere relatief jong. Ook hebben ze uiteenlopende missies, van heel generiek, naar meer specifiek en thema-gericht.

Deze verscheidenheid weerspiegelt de manier waarop de relatie tussen de publieke kennisorganisaties en de overheid binnen deze sector, de gezondheidszorg, in de loop der tijd vorm gekregen heeft. We zien hier dat de overheid steeds meer domeinen van het maatschappelijk leven tot haar verantwoordelijkheid is gaan rekenen. Vroeger beschermde de overheid haar burgers alleen tegen collectieve risicofactoren – denk aan besmettelijke ziektes zoals cholera, tyfus en syfilis, of aan water- en luchtverontreiniging, en bedorven voedsel. Om over de juiste kennis te kunnen beschikken om hiertegen effectief te kunnen optreden, heeft ze bijvoorbeeld al in 1909 het Centraal Laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid opgericht, de voorloper van het huidige RIVM.

Gaandeweg heeft de verantwoordelijkheid van de overheid zich uitgebreid naar andere domeinen. Tegenwoordig omvat ze ook de jeugdzorg, de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten, de zorg voor ouderen, de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, en de preventieve zorg in het algemeen. Publieke kennisorganisaties leveren kennis die nodig is om op deze domeinen verantwoorde maatregelen te nemen en adequaat te kunnen functioneren. Vaak gaat het hierbij om thema-specifieke organisaties, zoals het Nederlands Jeugdinstituut, Vilans, het Trimbos-instituut of Movisie.

Het ontstaan van deze organisaties is overigens niet altijd te begrijpen als een antwoord op de (kennis)behoeften van de overheid, zoals bij het RIVM het geval was. Sommige zijn tot stand gekomen op initiatief van leden van de medische beroepsgroep zelf. Zo is bijvoorbeeld de voorloper van het huidige NIVEL, het Nederlands Huisartsen Instituut, in 1965 opgericht door het Nederlands Huisartsen Genootschap. Zijn oorspronkelijke missie – onderzoek naar het functioneren van de huisarts – is inmiddels verbreed tot onderzoek naar de effectiviteit en kwaliteit van de hele gezondheidszorg. Het ministerie van VWS onderkent het publieke belang hiervan en draagt daar via een instellingssubsidie structureel aan bij.

Ondanks hun verscheidenheid zijn de publieke kennisorganisaties op een aantal punten vergelijkbaar.

⁵ Denk aan Movisie, Mulier Instituut, Nederlands Jeugdinstituut, NIVEL, RIVM, SCP, TNO, Trimbos-instituut en Vilans.

In het eerste deel van dit hoofdstuk onderscheiden we de verschillende vormen van kennis die deze organisaties produceren – kennis, die elders niet, of onvoldoende, tot stand komt. Deze kennis vormt de basis voor de kennisintensieve dienstverlening, die we in eerder onderzoek naar de publieke kennisorganisaties als een van hun belangrijkste en onderscheidende kenmerken hebben gekarakteriseerd.⁶

Het tweede deel bestaat uit een schematische weergave van de omgeving(en) waarin de publieke kennisorganisaties functioneren. Hierin laten we zien dat de publieke kennisorganisaties, willen zij het belang van hun werkzaamheden gewaardeerd en gelegitimeerd zien, zich tot verschillende typen stakeholders moeten verhouden. We onderscheiden naast de overheid ook de wetenschap, de professional en de maatschappij. Analytisch plaatsen we deze typen stakeholders in vier verschillende contexten, die ieder hun eigen logica en waarden kennen. Door de kennisomgeving(en) van de publieke kennisorganisaties zo in kaart te brengen, krijgen we zicht op de veelheid aan relaties die ze onderhouden, en op de spanningen die daaraan inherent zijn.

Door deze twee delen bieden we een kader dat het mogelijk maakt op een analytische manier over de rol en positie van deze organisaties na te denken.

2.1 Kennisontwikkeling bij publieke kennisorganisaties

Publieke kennisorganisaties ontleen hun bestaansrecht aan het leveren van kennis en kennisintensieve dienstverlening. Ze verrichten hiervoor wetenschappelijk onderzoek, of baseren zich op wetenschappelijk gefundeerde kennis die elders geproduceerd is. Maar anders dan het onderzoek dat gedaan wordt aan universiteiten, of de onderzoeksinstituten van de KNAW en NWO, is het onderzoek van de publieke kennisorganisaties niet primair gedreven door academische nieuwsgierigheid of de wens bij te dragen aan de wetenschappelijke vooruitgang, maar door de kennisbehoefte van overheden, professionals, bedrijven en het maatschappelijk middenveld. Kennisvermeerdering alleen is niet het hoofddoel; publieke kennisorganisaties leveren dienstbare waarheden – *serviceable truths*.⁷

In de literatuur wordt in dit verband wel gesproken over 'toegepaste kennis', '*mode – 2 research*', of '*regulatory science*'. De organisaties die deze vormen van kennis produceren verschijnen in de internationale literatuur ook onder verschillende benamingen: van '*public research organisations*', '*government research establishments*', '*research and technology organisations*', '*government laboratories*', '*mission-oriented research institutes*', '*contract research organizations*', tot '*boundary*' of '*hybrid organisations*'.⁸ Wat deze benamingen gemeenschappelijk hebben is dat ze verwijzen naar het eigen karakter van zowel de kennisproducerende organisaties als hun wijze van kennisproductie en -deling.

⁶ Koens et al., 2016.

⁷ Jasanoff, 1990.

⁸ Arnold, Berker en Slipersaeter, 2010; Boden et al., 2004; Gulbrandsen, 2011; OECD, 2011; Larédo, 2001; Sanz-Menéndez en Cruz-Castro, 2006.

Onderstaande tabel geeft een schematisch overzicht van de belangrijkste verschillen tussen het dienstverlenende onderzoek van de publieke kennisorganisaties en de meer klassieke academische wetenschap, zoals we die kennen van de universiteiten en de instituten van KNAW en NWO.

Tabel 1 Dienstverlenend onderzoek versus academische wetenschap⁹

	Dienstverlenend onderzoek	Academische wetenschap
Actoren	Wetenschappers, kenniswerkers, adviseurs, professionals, beleidsmakers, ervaringsdeskundigen	Wetenschappers
Betrokken organisaties	Publieke kennisorganisaties en adviesraden	Universiteiten, Universitair Medische Centra, NWO- en KNAW instituten
Motivatie	Maatschappelijke vraagstukken en de daaruit voortvloeiende kennisbehoefte van stakeholders uit overheid, maatschappelijk middenveld, maatschappij en bedrijfsleven.	Nieuwsgierigheid en wetenschappelijke vooruitgang
Context	Hoge tijdsdruk en weinig ruimte voor onzekerheden.	Lage tijdsdruk. Onzekerheden staan centraal en vormen aanleiding voor nieuw onderzoek.
Geadresseerden	Politici en beleidsmakers, burgers, wetenschappers, professionals uit maatschappelijke sectoren zoals zorg, onderwijs en veiligheid en marktpartijen - en hun organisaties, belangenbehartigers en brancheorganisaties	Academische gemeenschap
Conflictintensiteit	Hoog: vaak zijn tegenstrijdige belangen in het geding	Laag: meningsverschillen blijven binnen de academische gemeenschap
Output	Rapporten, adviezen, richtlijnen, normeringen, waarschuwingen, testen, (online) platformen, mobiele apps en cursussen	Wetenschappelijke publicaties
Evaluatie	Per organisatie verschillend	Standaard Evaluatie Protocol

De kennis die de publieke kennisorganisaties produceren is verbonden aan de verschillende functies die deze organisaties kunnen vervullen. Wij onderscheiden er vijf.¹⁰

⁹ Gebaseerd op presentatie prof. Dr. Marian Döhler (Institut für Politische Wissenschaft, Leibniz Universität Hannover) tijdens workshop

'Ressortforschung', 12 mei 2012, Bamberg.

¹⁰ Koens et al., 2016.

1. Voor het *beleidsondersteunend onderzoek* genereren de publieke kennisorganisaties de data, informatie en kennis die nodig zijn voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van beleid. Dit onderzoek omvat een scala aan activiteiten. Voor gezondheid gaat het bij dit type onderzoek onder andere om de monitoring van leefstijlfactoren (waaronder roken, overgewicht, schadelijk alcohol- en/of drugsgebruik), ziekten (diabetes, depressie, griep, hooikoorts), gezondheidsbedreigende factoren (sociaaleconomische gegevens), het gebruik van zorg (bezoek aan hulpverleners in de eerste lijn) of van gezondheidsbevorderende faciliteiten (sportclubs). Met deze gegevens kunnen de publieke kennisorganisaties nog onbekende gezondheidsproblemen signaleren, trends blootleggen in bekende gezondheidspatronen, of toekomstverkenningen gezondheid opstellen. Ze kunnen ook bijdragen tot de ontwikkeling van nieuwe beleidsmaatregelen, of (evaluatie)onderzoek uitvoeren naar de effectiviteit van bestaande beleidsmaatregelen in de zorg. Het gaat bij dit type onderzoek ook om de ontwikkeling van nieuwe indicatoren, waarmee gezondheidstrends en -bedreigingen gemonitord en geanalyseerd kunnen worden (suicide onder jongeren, de verspreiding van de tijgermug of teek). Ook de productie van kennissyntheses, een overzichtelijke weergave of interpretatie van bestaande kennis, valt hieronder.

2. Daarnaast dragen publieke kennisorganisaties bij aan de *beleidsuitvoering*. Sommige publieke overheidstaken worden door deze organisaties uitgevoerd, bijvoorbeeld wettelijke onderzoekstaken. Binnen de gezondheidszorg gaat het dan vooral om de coördinatie en uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (inkoop van vaccins en coördinatie van de uitvoering), het opzetten en uitvoeren van bevolkingsonderzoeken, het monitoren en testen van toxische stoffen op basis van bestaande normen en standaarden, alsmede het ontwikkelen en valideren van nieuwe testen en standaarden, de monitoring van de prevalentie van infectieziekten, en optreden bij rampen en calamiteiten. Het RIVM en de gemeentelijke gezondheidsdiensten zijn wettelijk verantwoordelijk voor enkele van deze taken.

3. Op de derde plaats ontwikkelen de publieke kennisorganisaties *kennis ten behoeve van de ondersteuning en verbetering van de professionele praktijk*. In de gezondheidssector gaat het vooral om de professional werkzaam in de zorg, maar ook andere professionals die betrokken zijn bij gezondheidspreventie en sociaal werk, zoals leraren, buurtregisseurs, maatschappelijk werkers en/of jeugdhulpverleners. Publieke kennisorganisaties fungeren hier primair als professioneel platform. Voor een deel is dat historisch te verklaren. Sommige publieke kennisorganisaties, zoals het NIVEL of het Mulier-Instituut, zijn immers ontstaan uit de kennisbehoefte van professionals. Via deze platforms – in de vorm van kennispleinen, werkplaatsen, werkateliers, (consumenten/cliënten) panels, online platforms, kennisuitwisselingsbijeenkomsten, websites of kennisnetwerken – verzamelen, ontwikkelen en delen de publieke kennisorganisaties de kennis en ervaring van zorgprofessionals. Ze staan dicht bij de beroepspraktijk en dragen zo ook bij aan de ontwikkeling en ontsluiting van *evidence* voor effectieve behandelprotocollen en richtlijnen, met behulp waarvan adviezen kunnen worden opgesteld. Hierdoor kunnen zorgprofessionals hun dagelijks werk beter doen. Ook voor patiënten/cliënten, scholen, zorginstellingen en gemeenten leveren deze platforms belangrijke kennis en informatie, met behulp waarvan zij geïnformeerd kunnen kiezen voor een gezond leven, c.q. de inrichting van een gezonde leefomgeving. Naast de platformfunctie gaat het bij deze functie ook om de ontwikkeling van innovaties. In de gezondheidssector gaat het dan vaak om nieuwe behandelmethoden en richtlijnen die professionals ondersteunen om hun werk volgens

de laatste inzichten uit wetenschap en praktijk uit te voeren. Een richtlijn schrijft bijvoorbeeld voor in welke volgorde behandelingen aangeboden dienen te worden.

4. Een belangrijk onderdeel van bovengenoemde platformfunctie bestaat uit het *borgen van essentiële kennis, data en informatie*. Naast deze borging spelen de publieke kennisorganisaties verder een cruciale rol in het actualiseren, verspreiden, delen en toegankelijk maken hiervan. Zo zorgen publieke kennisorganisaties ervoor dat deze op een efficiënte manier toegankelijk zijn en blijven. Het gaat dan om via monitoring verzamelde gegevens en verzamelde, geverifieerde en verspreide data van interventies via interventiedatabanken.

5. Deze kennis wordt ook gedeeld door het aanbieden van *opleidingen*. De publieke kennisorganisaties in het gezondheidsdomein bieden trainingen en cursussen voor (toekomstige) professionals aan, gericht op specifieke (beroeps)vaardigheden en competenties. Binnen de gezondheidszorg is deze functie nauw verweven met die van kennisontwikkeling voor de ondersteuning en verbetering van de professionele praktijk: via trainingen wordt de verzamelde kennis verspreid naar professionals. Het is een specifieke vorm van kennisdeling, die door de meeste publieke kennisorganisaties in de zorg ontwikkeld en aangeboden wordt.

Het onderzoek omvat dus een scala aan activiteiten: van de ontwikkeling van indicatoren en/of de monitoring van bestaande indicatoren, tot de ontwikkeling van normen en standaarden en/of uitvoeren van testen op basis van bestaande normen en standaarden; van de ontwikkeling en validering van testen en standaarden tot de ontwikkeling en validering van behandelprotocollen en richtlijnen; van het beheren, verifiëren en ontsluiten van essentiële kennis, data en informatie tot het uitvoeren van trendanalyses en toekomstverkenningen; van het uitvoeren van (beleids)evaluatieonderzoek tot de productie van kennissynthesen, en het ontwikkelen en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek. De vraag welke accenten een publieke kennisorganisatie in deze activiteiten legt, is mede afhankelijk van de relaties die zij onderhoudt met haar omgeving. Daar gaan we nu wat dieper op in.

2.2 Publieke kennisorganisaties opereren in een complexe omgeving

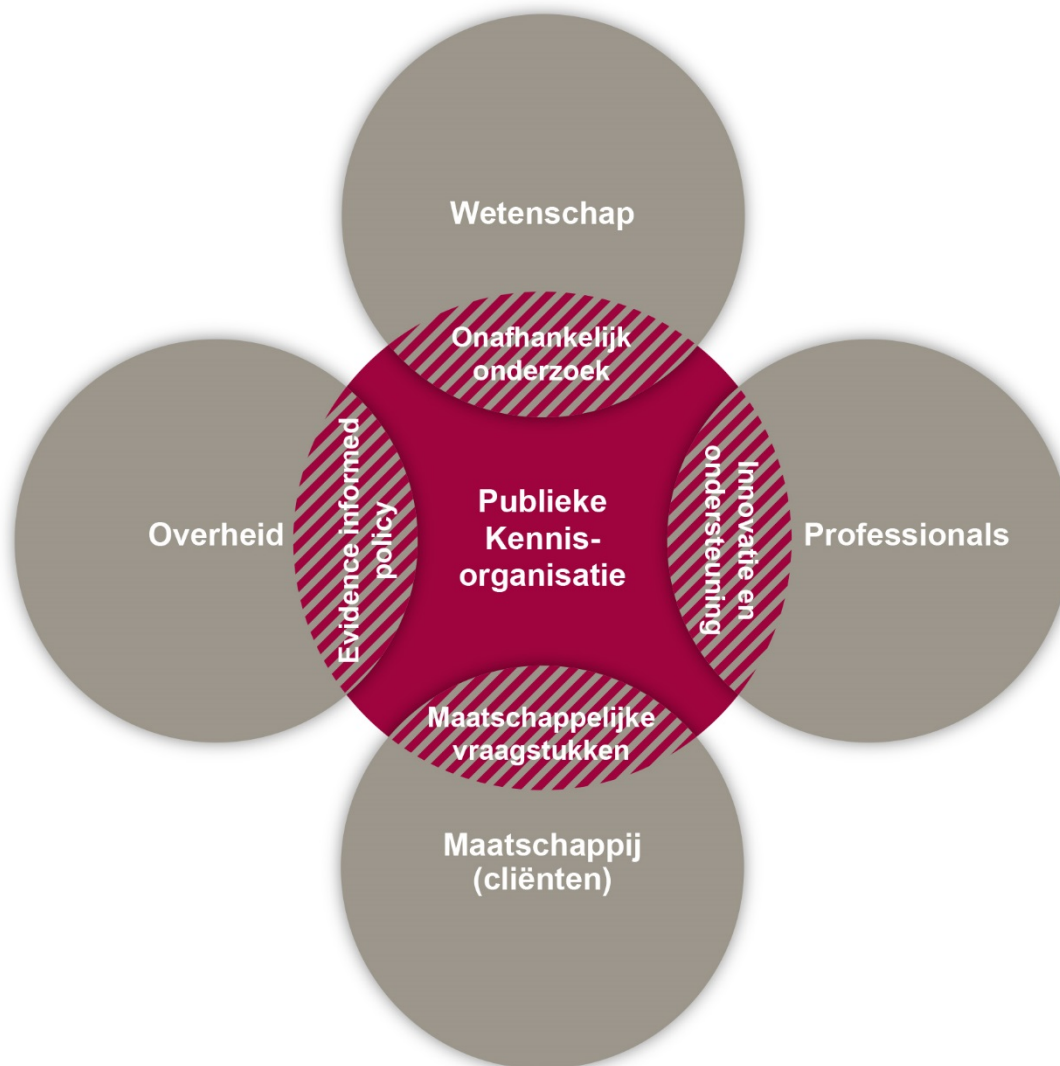
Zoals eerder gezegd: publieke kennisorganisaties ontleen hun bestaansrecht aan het leveren van kennis en kennisintensieve dienstverlening. Ze doen hiervoor wetenschappelijk onderzoek, of gebruiken wetenschappelijk gefundeerde kennis die elders geproduceerd is. Daarmee begeven ze zich in het domein van de wetenschap – of anders gezegd: de wetenschap is een belangrijke omgeving waaraan het werk van de publieke kennisorganisatie zijn legitimiteit ontleent.

We zagen hierboven nog twee omgevingen die voor het bestaan van de publieke kennisorganisatie van wezenlijk belang zijn: de overheid en de (zorg)professional. Voor de eerste leveren zij de kennis die nodig is voor het ontwikkelen en evalueren van *evidence informed policy*. Voor de tweede fungeren ze als informatiebron voor (nieuwe) interventies en hun werkzaamheid, die

professionals in de praktijk kunnen gebruiken. Ze doen dit alles uiteindelijk om de gezondheid van burgers – patiënten of cliënten – te bevorderen; al hun activiteiten staan in dienst van het, vaak wat abstract gedefinieerde, publieke gezondheidsbelang. Daarmee zijn de vier omgevingen waarbinnen de publieke kennisorganisaties opereren in kaart gebracht: wetenschap, overheid, professional en publiek.

Iedere omgeving, of context, kent een eigen logica en dominante waarden. Vaak zijn deze verankerd in voor die omgeving karakteristieke instituties – denk aan universiteiten, (overheids)departementen, professionele of beroepsorganisaties, en consumenten/patiëntenverenigingen. Deze hebben echter niet noodzakelijkerwijs dezelfde opvattingen over het belang van de publieke kennisorganisaties, over hun belangrijkste prestaties, of over de kwaliteit van hun werk – of hoe die te evalueren. Ze hebben ook niet noodzakelijkerwijs dezelfde verwachtingen over de prestaties van de publieke kennisorganisaties. Dat kan spanningen opleveren. Om te begrijpen waar deze ontstaan, en hoe de publieke kennisorganisaties erin kunnen slagen hun positie te handhaven en te legitimeren, is het nuttig de relaties die ze met deze omgevingen onderhouden nog iets uitgebreider te verkennen.

Figuur 1: Publieke kennisorganisaties en hun omgeving



De publieke kennisorganisaties opereren op het snijvlak van overheid, wetenschap, professionals en maatschappij (cliënten). Om op de lange termijn te kunnen overleven, en een stabiele en legitieme positie te verwerven, moeten ze erin slagen overeenstemming tot stand te brengen tussen hun eigen, interne waarden en prestaties, en die van hun verschillende omgevingen.¹¹ Dat is een constante en complexe balanceeract, die extra gecompliceerd kan worden, wanneer ook de waarden en verwachtingen van de omgevingen aan verandering onderhevig zijn, en soms zelfs onderling strijdig blijken te zijn.

Zo domineren in een wetenschappelijke context waarden als autonomie en wetenschappelijke scepsis. Het is dus voor publieke kennisorganisaties belangrijk dat zij hun werk onafhankelijk kunnen uitvoeren en dat hun werk voldoet aan de standaarden die de wetenschap stelt. Om te toetsen of het onderzoek inderdaad aan de regels van wetenschappelijkheid voldoet, hebben de meeste publieke kennisorganisaties dan ook regelingen getroffen, zoals de instelling van bijzonder

¹¹ Gulbrandsen, 2011.

hoogleraren of van een onafhankelijke commissie die toezicht houdt op de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek. Datzelfde gebeurt als ze besluiten de resultaten van hun werk te publiceren in de vorm van wetenschappelijke artikelen in peerreviewed tijdschriften. Hun connectie met de wetenschap maakt dat publieke kennisorganisaties nieuwe kansen en inzichten uit de wetenschap kunnen overdragen aan andere partijen uit hun omgeving. Tegelijkertijd is een belangrijk verschil met het academisch onderzoek dat het onderzoek van de publieke kennisorganisatie niet primair wordt gedreven door nieuwsgierigheid. Dat kan spanningen opleveren, bijvoorbeeld wanneer het onderzoek onder hoge tijdsdruk staat en er vele, soms conflicterende, belangen mee verbonden zijn.

In een beleids- of overheidsomgeving zijn transparantie, doelmatigheid, onpartijdigheid en (afstemming met) beleidsvragen en -doelen van grote waarde. Het onderzoek van de publieke kennisorganisaties ontleent in deze context zijn legitimiteit dan ook aan zijn bruikbaarheid bij de agendering, ontwikkeling, implementatie of evaluatie van beleid. Hier kunnen spanningen ontstaan als onderzoek dat niet onmiddellijk bruikbaar is – denk aan de ontwikkeling van bepaalde expertise over zeldzame en/of tropische infectieziekten, door beleidsmakers als niet relevant wordt gezien. Publieke kennisorganisaties rekenen het tot hun taak dit langetermijnperspectief in het oog te houden en de overheid op het belang daarvan te wijzen.

In een professionele omgeving heersen waarden als professionaliteit, deskundigheid en betrokkenheid. Het onderzoek van de publieke kennisorganisaties ontleent zijn legitimiteit in deze context aan de mate waarin het bijdraagt aan de deskundigheidsbevordering van de zorgprofessional en aan het tot stand brengen van vernieuwingen in het zorgdomein, onder andere door de ontwikkeling, toetsing en implementatie van standaarden voor professioneel handelen. In het verleden vormde deze verwachting vaak de reden voor de oprichting van een aantal publieke kennisorganisaties; denk aan het Nederlands Huisartsen Instituut, of het Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid. Deze organisaties leverden meerwaarde voor de beroepsgroep door kennis en ervaring samen te voegen, te toetsen en te delen.¹² Wrijvingen kunnen in deze omgeving ontstaan wanneer de publieke belangen, die de publieke kennisorganisaties per definitie borgen, niet stroken met die van de beroepsgroep.

De relatie met het publieke domein tenslotte, is doorgaans indirect, diffuus en vaak lastig te identificeren vanwege het abstracte karakter van een notie als 'volksgezondheid'. Bij goed functioneren is de rol van de publieke kennisorganisaties voor de gewone burger doorgaans zelfs onzichtbaar. Als ze ervoor zorgen dat beleid, behandelaars en andere betrokken professionals zoals docenten of werkgevers besluiten nemen op basis van wetenschappelijk verantwoorde kennis en informatie is het bestaan van een publieke kennisorganisatie gelegitimeerd. Alleen bij calamiteiten of bij controversiële behandelingen of campagnes, kunnen eventuele waardenconflicten over wat het betekent om de 'volksgezondheid' te borgen aan het licht komen.

¹² Overigens zien we dat er in andere maatschappelijke sectoren, zoals bijvoorbeeld de luchtvaart, de scheepvaart, en de landbouw, in het verleden soortgelijke kennisorganisaties zijn ontstaan. Deze hadden eveneens tot doel kennis te organiseren, die de professionaliteit en het innovatief vermogen in die sectoren kon bevorderen. Tegenwoordig werken deze organisaties samen binnen de TO2-federatie.

Dan kunnen de publieke kennisorganisaties en georganiseerde burgers, bijvoorbeeld in de vorm van patiënten- of consumentenorganisaties, tegenover elkaar komen te staan.¹³

Dit model helpt bij het interpreteren van de omstandigheden die bijdragen aan de vitaliteit van de publieke kennisorganisaties: zolang ze erin slagen hun eigen, interne waarden te laten samenvallen met die van de externe contexten waarbinnen ze functioneren, kunnen de publieke kennisorganisaties hun functies optimaal vervullen. Dat optimum zal er overigens voor elke organisatie weer anders uitzien, afhankelijk van de specifieke invulling van taken, (wettelijke) verplichtingen en functies. Bepaalde waarden en prestaties zijn voor de ene organisatie nu eenmaal belangrijker dan andere. Er zal doorgaans dan ook een bepaalde hiërarchie bestaan in de contexten, die voor elke organisatie specifiek is. Zo zal voor het RIVM de landelijke overheid een dominante omgeving blijven, en zal het leveren van – wetenschappelijk gevalideerde – input voor beleidsvragen rondom publieke gezondheid en milieu en het coördineren van onder andere het rijksvaccinatieprogramma en bevolkingsonderzoeken, zijn belangrijkste legitimering vormen. Voor een thema-specifieke organisatie als Vilans zal de – wetenschappelijk onderbouwde – kennis over de professionaliteit van de (zorg)professional op het gebied van langdurige zorg een belangrijke legitimatie van haar werk geven. In bijlagen A t/m D gaan we verder in op deze balans bij de vier bestudeerde organisaties.

Maar het model maakt ook duidelijk wanneer spanningen kunnen ontstaan. Zo kan het gebeuren dat de afstand tussen de publieke kennisorganisaties en hun omgeving zo groot wordt, dat er van interactie nauwelijks meer sprake is, of dat die verschuift naar incidenteel en ad hoc. Het wordt dan diffuus waaraan de kennisorganisatie haar legitimiteit ontleent, en ze wordt kwetsbaar voor opportunistische tendensen. Een omgekeerde beweging kan ook optreden: de publieke kennisorganisatie vereenzelvigd zich zo met de dominante waarden van een van haar omgevingen, dat het onderscheid met andere partijen uit die omgeving verdwijnt. In een academische context spreken we in dat geval bijvoorbeeld van *academic drift* – het verschijnsel dat een publieke kennisorganisatie de werkwijzen en prestaties van een universiteit kopieert, en dat niet meer duidelijk is waaraan zij haar meerwaarde ontleent of hoe ze het publieke belang borgt. Op diezelfde manier kan vérgaande identificatie met een professionele omgeving leiden tot twijfel aan de onafhankelijkheid en de betrouwbaarheid van de publieke kennisorganisaties.

Het kan ook gebeuren dat dominante waarden binnen een bepaalde context veranderen. We hebben dat gezien binnen de academische context. Daar stijgt, door recent wetenschaps- en innovatiebeleid, enerzijds het belang van samenwerking met bedrijven en het ontwikkelen van contractonderzoek, en anderzijds de druk om onderzoek te doen dat niet alleen tot kennisvermeerdering leidt, maar ook aansluit bij grote maatschappelijke uitdagingen. Als deze vormen van onderzoek de norm worden binnen de universiteiten, en de universiteiten hun organisatie(cultuur) op die norm aanpassen, dan wordt het verschil met de dienstverlenende kennisproductie van de publieke kennisorganisaties kleiner, en krimpt de basis voor hun bestaansrecht.

¹³ Zie hiervoor ook: Blankesteijn, M. et al., 2014.

We zien ook dat opvattingen veranderen over wat overheidstaken zijn, en bij wie ze het beste belegd kunnen worden. In de gezondheidszorg bijvoorbeeld, wint het idee aan kracht dat een deel van de publieke zorg het beste dicht bij de burger/patiënt/cliënt georganiseerd kan worden. Dat komt tot uitdrukking in een aantal wetten, waarin beleid dat voorheen op landelijk niveau uitgevoerd werd, gedecentraliseerd is en verschuift naar de verantwoordelijkheid van gemeenten.

De implicaties hiervan voor het functioneren en de positie van de publieke kennisorganisaties zijn echter nog nauwelijks onderzocht. In het volgende hoofdstuk gaan we hier dieper op in. Wat betekent de decentralisatie van overheidstaken voor het functioneren van publieke kennisorganisaties als het RIVM, het NIVEL, het Trimbos-instituut en Vilans? Wat betekent deze verschuiving voor hun relatie met hun kerndepartement, en voor hun relatie met andere stakeholders?

3 Zorg dichterbij

Het bestrijden van ziekten is lange tijd het speerpunt geweest van gezondheidsbeleid. Nog steeds gaat meer dan 90% van het zorgbudget naar genezen – in de gezondheidszorg meestal aangeduid met de Engelse term *cure*. De laatste tien jaar is er echter sprake van een ingrijpende wijziging in de definitie van gezond zijn. Samen met ZonMw en de Gezondheidsraad formuleerde arts-onderzoeker Machteld Huber een nieuwe definitie van gezondheid. De oude, (van de Wereld Gezondheidsorganisatie, uit 1948), luidde: ‘Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en is niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek’. Deze voldeed volgens Huber niet alleen niet langer, maar stimuleerde onbedoeld ook de medicalisering van de zorg. In de nieuwe omschrijving staat een brede benadering van gezondheid en welbevinden voorop. Het gezaghebbende tijdschrift *British Medical Journal* publiceerde deze omschrijving van gezondheid in 2011 als ‘het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven’.¹⁴ Gezondheid is hiermee niet langer een statisch begrip – ‘volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden’-, maar een dynamische omschrijving, waarin het ‘vermogen’ van mensen om zich aan te passen en regie te voeren centraal staat. Deze omschrijving, aldus Huber, sluit beter aan op het huidige tijdsgewricht, waarin in toenemende mate sprake is van chronische welvaartsziekten, en de prioriteit dus niet langer bij alleen de bestrijding van infectieziekten moet liggen, zoals in 1948 nog het geval was. ‘Natuurlijk moet dat domein van ziekten en zieken blijven bestaan’, zegt Huber hierover. ‘Maar er moet ook een domein komen van gezondheden en gezonden. Als mensen niet als zieke worden benaderd maar als heel mens, voelen zij zich in hun kracht aangesproken en kunnen zij hun ziekte beter managen.’¹⁵

Deze nieuwe benadering van gezondheid onderkent de samenhang tussen de verschillende sociale, emotionele, fysieke en spirituele dimensies van gezondheid. Zo kunnen sociale factoren zoals eenzaamheid of werkloosheid een nadelig effect op de gezondheid hebben – terwijl andersom, gezondheidsproblemen kunnen leiden tot deze en andere sociale problemen. Vraagstukken over preventie, zingeving, gezondheid en het sociale domein (ondersteuning om participatie en zelfredzaamheid te ondersteunen of compenseren) raken dus steeds meer met elkaar verbonden. Daarnaast staat de zelfredzaamheid van de cliënt centraal; deze zal eerst kijken wat hij/zij zelf nog kan en waar zijn/haar directe omgeving hem/haar bij kan steunen, voordat hij/zij een beroep doet op professionele zorg- en hulpverlening. In de nieuwe zorg- en hulpverlening gaat het om een integrale aanpak van alle dimensies van gezondheid.

De nieuwe omschrijving van Positieve Gezondheid heeft veel invloed gehad op het denken en handelen van professionals en beleidsmakers. De kern van de gedachte, het centraal stellen van de mens en niet de ziekte, zien we terug in een aantal wetten, die met ingang van 1 januari 2015 van kracht werden, en meer verantwoordelijkheden voor de organisatie van de zorg bij gemeenten legden. De verwachting is dat door zorgtaken op één, zo laag mogelijk, niveau te organiseren, de

¹⁴ www.ipositivehealth.com.

¹⁵ www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/interview-machteld-huber-het-vermogen-om-zelf-de-regie-te-voeren.htm.

zorg en ondersteuning persoonsgerichter kunnen worden en zo beter aansluiten bij de behoefte van de burger. Daarnaast geven deze wetten uiting aan de veronderstelling dat door zorg en ondersteuning dichterbij de burger/cliënt te brengen en meer naar de zelfredzaamheid van burgers te kijken, (gezondheids)problemen effectiever, minder bureaucratisch en goedkoper aangepakt kunnen worden.¹⁶

Zo is met ingang van 1 januari 2015 de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) opgeheven, en is een aantal taken en bevoegdheden die hierin geregeld waren, opnieuw belegd.¹⁷ De nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO-2015) maakt gemeenten verantwoordelijk voor de begeleiding, ondersteuning en verzorging die mensen nodig hebben om zelfstandig te leven. Dit gaat bijvoorbeeld om dagbesteding en een beschermde leefomgeving voor psychiatrisch patiënten, ondersteuning in het huishouden en persoonlijke verzorging. De zorg buiten de muren van verpleeghuizen is overgedragen naar de zorgverzekeraars. De rijksoverheid blijft via de Wet Langdurige Zorg (WLZ) verantwoordelijk voor zorg aan mensen die deze 24 uur per dag nodig hebben. De nieuwe jeugdwet maakt gemeenten verantwoordelijk voor alle zorg en ondersteuning aan kinderen en jongeren. Gemeenten waren al verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg en het preventief jeugdbeleid. Daar komen per 1 januari veel verantwoordelijkheden bij, zoals de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd, gesloten jeugdzorg, jeugdbescherming en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. De participatiewet legt meer verantwoordelijkheid voor werk en inkomen bij gemeenten neer. Ze worden verantwoordelijk voor de uitkeringsverstrekking en de re-integratie van gedeeltelijk of tijdelijk arbeidsongeschikte jongeren.¹⁸

De bedoeling van deze wetten is uiteindelijk om de zorg voor preventie, publieke gezondheid, jeugd, participatie en het sociaal domein dichterbij de cliënt te organiseren en met de behoeften van de cliënt in plaats van de ziekte als uitgangspunt. Dat impliceert dat zowel de werkwijze van de gemeente als die van de (zorg)professional verandert: de eerste draagt immers de verantwoordelijkheid voor de organisatie van deze 'zorg dichterbij', en de tweede staat voor de opgave om cliënten de integrale zorg te bieden, die aan het nieuwe gezondheidsbegrip ten grondslag ligt. Voor beide opgaven is kennis nodig – kennis die van oudsher geleverd wordt door de publieke kennisorganisaties.

Om helder te krijgen wat deze opgave om 'zorg dichterbij' te organiseren betekent voor de positie en het functioneren van de publieke kennisorganisaties, gaan we eerst kijken naar de manier waarop de gemeenten hun kennisvragen organiseren en welke spanningen hierbij optreden in relatie tot de publieke kennisorganisaties (3.1). Daarna richten we de blik op de implicaties van de integrale zorgbenadering voor de kennisbehoefte van de (zorg)professional en de betekenis hiervan voor de publieke kennisorganisaties (3.2). Tot slot bespreken we de implicaties van de decentralisaties voor de borging van publieke kennis over gezondheid (3.3).

¹⁶ Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2013.

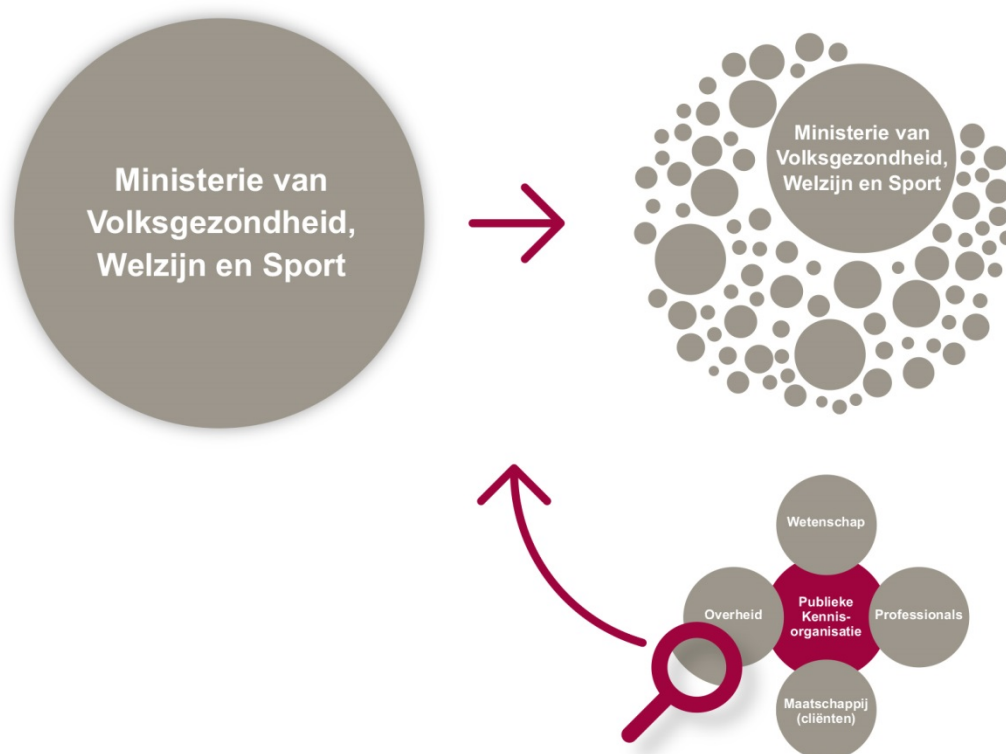
¹⁷ CPB, 2013; De Vries en Kossen, 2015.

¹⁸ CPB, 2013; De Vries en Kossen, 2015.

3.1 Kennis voor gemeentelijk beleid

Een belangrijke consequentie van de decentralisaties in de bovengenoemde gebieden in de zorg is dat kennisvragen voor beleid niet langer primair op landelijk niveau ontstaan, maar steeds meer op lokaal niveau. De kennisbehoefte wordt daarmee meer context-specifiek. Ieder gemeente heeft haar eigen specifieke problematiek. De beleidsvragen hebben bij elke gemeente andere accenten: waar de ene gemeente vooral te maken heeft met vergrijzingsproblematiek en de zorg bij complexe chronische ziekten, ziet een andere gemeente zich vooral gesteld voor de opgave beleid te ontwikkelen om armoede, psychische nood bij jongeren of gebrek aan sociale cohesie aan te pakken.

Figuur 2: Verschuiving beleidsverantwoordelijkheid naar gemeenten



Elke gemeente heeft dus context-specifieke kennisbehoeften afhankelijk van onder andere demografische, sociaaleconomische en politieke factoren. Dat betekent dat de manier waarop gemeenten hun kennisbeleid georganiseerd hebben – of aan het organiseren zijn – , ook verschilt: waar de een zich sterk maakt voor het opzetten van een stabiel kennisnetwerk, heeft de ander de handen vol aan uitvoeringstaken, en heeft het organiseren van een dergelijk kennisnetwerk een minder hoge prioriteit.¹⁹ Daarbij komt dat gemeenten zich voor nieuwe, voornamelijk sturingsvraagstukken, gesteld zien.

¹⁹ Interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016.

Op basis van eerder onderzoek en de gesprekken die wij voerden, kunnen wij ten aanzien van de positie en rol van de publieke kennisorganisaties op het gebied van het gemeentelijk kennisbeleid het volgende vaststellen:

3.1.1 Er zijn veel verschillende partijen actief

Om in hun behoefte aan kennis te voorzien, maken gemeenten gebruik van verschillende kennisaanbieders. We zien de laatste jaren een ruime mix van 'oude' spelers (GGD, ZonMw, publieke kennisorganisaties) en 'nieuwe' (Academische Werkplaatsen, Regionale Ondersteuningsstructuren, consultancybureaus, 'oliamannetjes') op het regionale of gemeentelijke kennisterrein verschijnen. Hun missie is doorgaans tweeledig: (1) onderzoek stimuleren en opzetten om antwoorden te genereren voor de nieuwe (kennis)vragen waarvoor gemeenten zich gesteld zien – en (2) structuren faciliteren waarmee bestaande kennis ontsloten en 'op maat gesneden' kan worden.

Er zijn veel verschillende kennisaanbieders actief. Soms vormen ze regionale kennissystemen, waarin 'oude' en 'nieuwe' kennisorganisaties, uitvoerende organisaties en de publieke kennisorganisaties deelnemen. Sommige gemeenten doen een beroep op consultancybureaus, sommige schakelen bestaande organisaties op een nieuwe manier in. In de volgende alinea's schetsen we hoe die samenwerking tussen verschillende organisaties er in de praktijk uit kan zien.

GGD en ROS

De GGD en de Regionale Ondersteuningsstructuren bijvoorbeeld, versterken hun kennisfunctie richting gemeenten. De GGD wil, op instigatie van het ministerie van VWS, de komende jaren sterker inzetten op de pijler monitoring, signalering en advies. Dit is een van de vier pijlers van de GGD, die in dit opzicht een vergelijkbare functie heeft voor de gemeente als het RIVM voor de rijksoverheid. De GGD zou zichzelf daarbij moeten ontwikkelen tot een partij die niet alleen eigen data verzamelt, maar ook data verbindt: bijvoorbeeld door het opstellen van wijkprofielen of het in kaart brengen van kwetsbare groepen. Ook de Regionale Ondersteuningsstructuren, die gericht zijn op het ondersteunen van samenwerking tussen eerstelijns zorgverleners, bieden een wijkscan aan waarmee gemeenten inzicht kunnen krijgen in de (toekomstige) zorgbehoefte en het eerstelijns zorgaanbod in de buurt. Het door de Regionale Ondersteuningsstructuren opgerichte Coöperatieve Basiszorg in de Buurt (CBB), werkt eraan steeds meer data op regionaal en wijkniveau beschikbaar te maken. Zowel het NIVEL als het RIVM zijn partners van dit initiatief.

Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid

Een inventarisatie van de gevolgen van de transitie in de zorg voor de inrichting van de kennisinfrastructuur op gemeentelijk niveau, uitgevoerd in opdracht van ZonMw in 2014, resulteerde in een lijst met voorbeelden van verschillende lokale kennisecosystemen. Daaronder nemen de Academische Werkplaatsen (zoals AW Publieke Gezondheid, Jeugd, Transformatie Jeugd en Gehandicapten), waarin regionale kennisinstellingen (zoals universiteiten en hbo-

instellingen) en uitvoerende organisaties zoals GGD-en, gemeenten en zorginstellingen samenwerken, een prominente plaats in. Ook de publieke kennisorganisaties nemen hier soms aan deel. Zo heeft Movisie de taak de WMO-werkplaatsen inhoudelijk te ondersteunen²⁰ en is het RIVM betrokken bij Tranzo, het wetenschappelijk instituut voor zorg en welzijn van de Universiteit van Tilburg, dat meerdere academische werkplaatsen en kennisnetwerken heeft gecreëerd.²¹

Een jaar later, in 2015, stelde de Kerngroep Kennisinstructuur publieke gezondheid eveneens vast dat belangrijke regionale kennisnetwerken in het domein van de publieke gezondheid worden gevormd door Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid – bestaande uit samenwerkingsverbanden tussen universiteiten, hogescholen en GGD-en, Wmo-werkplaatsen en Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd.²² Bij het beëindigen van het ZonMw-programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (2005-2014) is de Kerngroep Kennisinstructuur publieke gezondheid (KIS-PG) gevormd door GGD GHOR Nederland, RIVM, NSPOH en hoogleraren sociale geneeskunde. Samen met bovengenoemde Academische Werkplaatsen (Transformatie) Jeugd en Publieke Gezondheid, hebben vijf publieke kennisorganisaties (Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg, Nederlands Jeugdinstituut, Trimbos-instituut, Movisie en Vilans) afspraken gemaakt voor verdergaande samenwerking in 2015 op het thema 'integraal werken in de wijk'.

Regionale netwerken

We zien ook regionale netwerken die zijn ontstaan uit het Nationaal Programma Ouderenzorg. Deze zijn samengesteld uit multidisciplinaire teams, met betrokkenheid van partijen uit de sectoren wonen, zorg, welzijn en preventie. Ook Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS), en 'regionale leergemeenschappen rond bepaalde thema's', waaronder sociale wijkteams en burgerparticipatie' maken hier deel van uit.²³

Tot slot signaleren we dat sommige gemeenten voor hun kennisvragen een beroep doen op consultancybureaus.²⁴

Op het terrein van het gemeentelijk kennisbeleid zien we dus veel verschillende spelers, ieder met een eigen vorm van expertise, en opvattingen over de manier waarop de publieke kennisopbouw voor het beleid vorm zou moeten krijgen.

²⁰ Zie bijvoorbeeld: www.wmowerkplaatsen.nl.

²¹ Interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016.

²² Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015.

²³ Poortvliet, 2014b.

²⁴ Interview Stokx, RIVM, 11 september 2015; interview Rutjes, VNG, 7 april 2016.

3.1.2 Rolverdeling en regie zijn onduidelijk

Regionale kennisnetwerken vormen een complex en niet direct transparant geheel van samenwerkende organisaties. Ook bij nadere beschouwing blijkt dat niet altijd duidelijk is wie precies wat doet, en wie waarover de regie voert – of zou moeten voeren.

In theorie zouden vragen die spelen in de regio leidend moeten zijn bij de vorming van een kennisnetwerk. Daarbij is samenwerking tussen bestaande organisaties, netwerken of instellingen noodzakelijk. Maar in de praktijk blijkt het lastig vast te stellen wie welke rol speelt – of zou moeten spelen.

GGD en ROS

Verschillende onderzoekers pleiten voor een meer centrale rol voor de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (de GGD), vanuit de overweging dat deze organisatie een lange traditie heeft in kennisproductie en -distributie.

‘Voor de aansluiting tussen de publieke gezondheidszorg en het sociale domein wordt de GGD als gemeentelijke dienst genoemd die niet alleen op gebied van informatievoorziening een rol kan spelen (met alle kennis en informatie die ze over de gezondheid van burgers in de gemeenten hebben, o.a. via de monitors), maar die ook vanwege uitvoerende taken zoals Jeugdgezondheidsbescherming en kennis over gezondheid en welzijn de gemeenten kan ondersteunen bij beleid in het sociale domein.’²⁵

Anderen wijzen op de belangrijke rol van de Regionale Ondersteuningsstructuren en andere vormen van regio-specifieke samenwerkingsverbanden, zoals de Academische Werkplaatsen of de WMO-werkplaatsen.²⁶

‘Oliemannetjes’

ZonMw, de organisatie die gezondheidsonderzoek en zorginnovaties programmeert, financiert en organiseert in opdracht van het ministerie van VWS en NWO, ziet samen met de Vereniging Nederlandse Gemeenten een rol weggelegd voor zogenaamde ‘oliemannetjes’. Dat is de populaire term voor verbindingsofficieren die een connectie zouden moeten maken tussen zorgverleners, beleidsmakers en kennisorganisaties op regionaal en landelijk niveau – waaronder bijvoorbeeld Platform 31, Pharos, het Verwey-Jonker Instituut, het Kenniscentrum Sport en het Voedingscentrum. Deze ‘oliemannetjes’ zouden persoonlijk langs moeten gaan bij de verschillende partijen om te kijken welke vragen er spelen en eventueel te wijzen op elders opgedane kennis die kan helpen bij het vinden van een antwoord of een oplossing.

²⁵ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers., 2015., p. 5.

²⁶ Interview Dekker, 1stelij Amsterdam, 28 januari 2016.

Publieke kennisorganisaties

Ook over de rol van de publieke kennisorganisaties zijn de meningen verdeeld: hoewel zij steeds meer aansluiting zoeken en vinden bij regionale vragen, komt regelmatig ter sprake dat hun functie toch primair ligt bij kennisproductie en -distributie op het landelijk niveau, en dat zij ten gevolge daarvan weinig zicht hebben op regionale vragen en behoeften (zie ook 3.1.3).²⁷

Deze onduidelijkheid in de rolverdeling gaat gepaard met een gebrekkige regie. Sommigen zien met name de gemeenten te kort schieten:

'Hoewel duidelijk is dat er erg veel gebeurt aan kennisontwikkeling, zorgt een te weinig gestructureerde gemeentelijke (domein-overstijgende) regie voor versnippering, te weinig aansluiting bij de kennisbehoeften van gemeenten en het niet optimaal gebruiken van kennis.'²⁸

Anderen wijzen op een gebrek aan aandacht vanuit het ministerie van VWS. Weer anderen laten de vraag open. Op basis van een overzicht van een aantal adviesrapporten en een inventarisatie van lopende initiatieven op het gebied van de kennisinfrastructuur in het zorg- en sociale domein, constateert ZonMw dan ook dat, ondanks het feit dat:

'(...) partijen onderling afstemmen en met elkaar om tafel zitten, er geen sprake is van een overkoepelende regie en visie waar de verschillende adviesrapporten op doelen. De vraag is vooral hoe deze regie eruit moet zien? Wie neemt daarin welke rol op zich?'²⁹

Samenvattend kunnen we vaststellen dat vaak onduidelijk is wie wat doet, of zou moeten doen, en wie de regie voert in deze regionale kennisnetwerken.

3.1.3 Vraag en aanbod sluiten niet of slecht op elkaar aan.

Frequent komt zowel in de bestaande literatuur als in onze interviews ter sprake dat de kennisbehoefte van gemeenten en het kennisaanbod van de publieke kennisorganisaties niet, of slecht, op elkaar aansluiten. De landelijke en regionale partijen weten van elkaar niet goed hoe hun wereld werkt.³⁰ 'Er is vaak nog een kloof tussen het kennisaanbod en de vraag', stelt ook ZonMw, naar aanleiding van een reflectiebijeenkomst voor zorg en ondersteuning in de buurt in september 2014.³¹ 'Kennisinstituten kunnen nog beter aansluiten op de lokale-regionale vraag.'³²

²⁷ Interview Rutjes VNG, 7 april 2016; interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016.

²⁸ G32-stedennetwerk en G4-steden, m.m.v. VNG, 2014, pp. 2-3.

²⁹ Poortvliet, 2014b, p. 12. Zie ook: ZonMw, 2015, p.3.

³⁰ Interview Jongejan, ROS Caransscoop, 9 mei 2016.

³¹ Poortvliet, 2014a, p. 13.

³² Poortvliet, 2014a, p. 29.

We kunnen de mismatch tussen vraag en aanbod specificeren naar de volgende onderwerpen:

Agendering/programmering van onderzoek: regelmatig komt de vraag aan de orde hoe eigenlijk de onderzoeksagenda en de onderzoeksprogrammering van de publieke kennisorganisaties tot stand komen. ZonMw schreef in oktober 2015:

‘Een van de uitkomsten van de gesprekken met de kennisinstituten, is dat het moeilijk is om de vraagarticulatie goed te organiseren. Hoe organiseer je dat de kennisagenda van onderop tot stand komt? En hoe lukt het om gemeenten samen met kennisinstituten, zorginstellingen en cliëntorganisaties de meest prangende zorginhoudelijke en bestuurskundige vragen te laten verzamelen?’³³

Verschillende betrokkenen pleiten voor sterkere vraagsturing vanuit de gemeenten.³⁴ ZonMW spreekt bijvoorbeeld over:

‘Een eendrachtig pleidooi voor meer samenhang binnen de bestaande kennisinfrastructuur en voor meer aansluiting op de lokale en regionale vragen die in de praktijk op het terrein van zorg en welzijn leven. Hiervoor is het nodig om de bestaande initiatieven op het gebied van ondersteuning, ontwikkeling en onderzoek op een andere manier te programmeren, waarbij de plaatselijke situatie als uitgangspunt wordt genomen.’³⁵

Een medewerkster van het ministerie van VWS zegt dat de Directie Jeugd eveneens probeert de gemeenten wat meer in de *lead* te zetten bij het aangeven welke kennis er nodig is.³⁶ Maar dat laatste kan wrijving opleveren met de wijze waarop de onderzoeksprogrammering van de publieke kennisorganisaties op dit moment tot stand komt. Een belangrijk deel van de onderzoeksprogrammering van zowel het NIVEL, het RIVM en het Trimbos-instituut komt tot stand in overleg en interactie met (en financiële steun van) het ministerie van VWS. Zo voert het Trimbos-instituut in dit verband lange termijn monitoringsstudies (DIMS en NEMESIS) uit op het gebied van de geestelijke gezondheid, met een overwegend nationaal en internationaal karakter. Het NIVEL onderschrijft eveneens primair een nationale (onderzoeks)functie te hebben, terwijl het RIVM zijn onderzoeksprogrammering van oudsher afstemt met de kennisbehoeften van onder andere het ministerie van VWS en IenM.³⁷ Het is niet duidelijk in hoeverre de transities in de zorg effect hebben, of zullen hebben, op de relatie(s) tussen de publieke kennisorganisaties en het kerndeptement.

³³ Poortvliet, 2014c, p. 16.

³⁴ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015: G32-stedennetwerk en G4-steden, m.m.v. VNG, 2014: Interview Rutjes, VNG, 7 april 2016: Interview Jongejan, ROS Caransscoop, 28 januari 2016.

³⁵ Poortvliet, 2014a, p.13; interview Rutjes, VNG, 7 april 2016.

³⁶ Interview Hofstede, Ministerie van VWS, 29 januari 2016.

³⁷ Interviews Engels en Hof, Trimbos-instituut, 14 september 2015: interview Groenewegen en Coppen, Nivel, 7 september 2015: interview Stokx, RIVM, 11 september 2015.

Box 1: Integraal werken in de wijk

Een voorbeeld van samenwerking in de programmering tussen het ministerie van VWS en gemeenten is het programma Integraal werken in de wijk. Op verzoek van het ministerie van VWS en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is er in 2015 door een aantal kennisinstellingen een gezamenlijke programmering gemaakt op dit thema. Vilans, Movisie, NJi, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en het Trimbos-instituut deden hieraan mee. Met dit programma willen het ministerie en de gemeenten bereiken dat de betrokken kennisorganisaties hun werk op dit thema op elkaar afstemmen en meer gaan samenwerken. Het programma onderzoekt hoe de samenwerking tussen zorg- en welzijnswerkers op wijkniveau goed georganiseerd kan worden. Nu wordt het programma uitgevoerd door Vilans, Movisie, NJi en de WMO-werkplaatsen. Het NCJ en het Trimbos-instituut doen niet meer aan het programma mee.

Het programma leidde in 2016 tot de totstandkoming van een vraagbaak voor professionals en beleidsmakers. Zij kunnen hun vragen via een centraal mailadres neerleggen bij de deelnemende kennisorganisaties. Experts uit deze organisaties beantwoorden de binnenkomende vragen. Daarnaast wordt gewerkt aan het opbouwen van een kennisinfrastructuur, de ontwikkeling van kennis en tools voor professionals en wordt kennis opgedaan op voor de praktijk relevante thema's.

Bronnen: Integraal werken in de wijk, 2017

Financiële onduidelijkheid: Sommige publieke kennisorganisaties stellen dat gemeenten, zodra zij zich als vrager van kennis gaan opstellen, ook financieel hieraan moeten bijdragen. Maar niet alle gemeenten zijn hiervoor draagkrachtig genoeg – of rekenen het tot hun verantwoordelijkheid hiervoor de financiële middelen vrij te maken: publieke kennisorganisaties worden immers al grotendeels uit publieke middelen betaald.³⁸

Onder de financiële onduidelijkheid schuilt de vraag wat een opdrachtgever (of kennisvrager), of dat nu een gemeente is of een landelijke overheid, precies geacht wordt te financieren. Om hun kennisbasis 'op peil' te houden, hebben de publieke kennisorganisaties doorgaans een budget nodig dat groter is dan via projectfinanciering tot stand kan komen. Ze spreken in dit verband over de 'informatiepyramide': onder de kennis waarnaar vraag ontstaat (de top), zit in veel gevallen een hele berg data en informatie, op basis waarvan uiteindelijk zinvolle analyses gemaakt kunnen worden. Maar in hoeverre zijn overheden bereid, of in staat, deze gelaagdheid onder ogen te zien en ook 'voor de bodem' te betalen?³⁹

Daarbij komt dat gemeentelijke kennisvragen meestal van geringere financiële omvang zijn dan de vragen die de publieke kennisorganisaties gewoon zijn te agenderen. De laatsten verwachten dan

³⁸ Interview Stokx, RIVM, 11 september 2015; interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016.

³⁹ Terugkoppelbijeenkomst met directieleden van RIVM, NIVEL, Trimbos-instituut en Vilans, op 23 november 2016.

ook dat gemeentelijk kennisvragen meer aansluiting bij hun onderzoeksinspanning zullen vinden als ze samen worden genomen, en op die manier relevantie krijgen voor meerdere gemeenten. Zo stelt het RIVM vaak voor, als een individuele gemeente met een kennisvraag komt, om die vraag in samenwerking met andere gemeenten of in overleg met de G4, G32 of VNG te formuleren.⁴⁰

Kennis is niet of moeilijk bruikbaar. Vanuit hun beleidsondersteunende onderzoeksfunctie beschikken de meeste publieke kennisorganisaties over (gevalideerde) databestanden, waarin kerngegevens over gezondheid, ziekte en zorg zijn opgeslagen. Zo ondersteunt het RIVM het nationale (zorg)beleid bijvoorbeeld door zijn Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), waarvoor het (toekomstige ontwikkelingen in) de omvang van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en zorg analyseert en in samenhangend verband brengt. Het NIVEL verzamelt onder meer data over zorggebruik, monitort de prevalentie van ziekten, en registreert op basis van gegevens verzameld bij huisartsen, psychologen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten en apotheken (de zogeheten 'eerstelijns' in de gezondheidszorg) welke gezondheidsproblemen er zijn onder de Nederlandse bevolking. Ook het Trimbos-instituut en Vilans hebben een (beleidsondersteunende) informatiefunctie voor respectievelijk de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor chronisch en langdurig zieken. Maar iedere organisatie gebruikt haar eigen parameters en definities, waardoor het in de praktijk soms lastig blijkt de kennis te laten optellen. Het leidt tot fragmentatie van kennis: 'aan de volksgezondheidskant is de data-infrastructuur nog sterk gefragmenteerd'.⁴¹

Box 2: De Staat van Volksgezondheid en Zorg

Een van de initiatieven om meer uniformiteit aan te brengen in de data rondom gezondheid en de gezondheidszorg is de website www.staatvenz.nl. Op deze website worden uniforme cijfers gepresenteerd op de domeinen volksgezondheid, zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugd. Het ministerie van VWS gebruikt deze cijfers voor zijn beleid.

De website wordt onderhouden door het RIVM, in opdracht van het ministerie van VWS. Naast het RIVM dragen ook de publieke kennisorganisaties CBS, het Nederlands Jeugdinstituut, het NIVEL, SCP en het Trimbos-instituut bij aan de website. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland doen dat.

Het doel van de website is ontwikkelen en presenteren van uniforme cijfers. De betrokken publieke kennisorganisaties hanteren bij deze cijfers een gezamenlijke definitie van de te meten fenomenen en een uniforme manier van meten. Daarnaast maken de betrokken organisaties gezamenlijke themarapportages op belangrijke onderwerpen. Op deze thema's wil het ministerie vervolgens geen andere rapporten meer ontvangen.

⁴⁰ Interview Stokx, RIVM, 11 september 2015.

⁴¹ Interview van Oers, RIVM, 4 april 2016.

Bronnen: <https://www.staatvenz.nl/over-de-staat> en Interview Hilhorst, ministerie van VWS, 19 november 2015

Bestaande data zijn niet altijd direct geschikt of bruikbaar voor de beantwoording van gemeentelijke kennisvragen. Deze richten zich vaak op een (lokaal) niveau, waarin door de bestaande data/gegevens niet voorzien is. Het Trimbos-instituut bijvoorbeeld, beschikt over verschillende monitors, maar heeft geen toegang tot de gegevens van de geestelijke gezondheidszorgdiensten. Op basis van zijn bestaande gegevens kan het instituut dan ook geen rechtstreekse uitspraken doen over bijvoorbeeld de prevalentie van depressie in Kanaleneiland in Utrecht.⁴² Dataverwerving voor regionale vraagstukken kan dus puzzelen zijn, stelt ook de regionale ondersteuningsstructuur (ROS) in Amsterdam. Een voorbeeld: gegevens van het CBS worden op gemeenteniveau gepresenteerd. Het NIVEL verzamelt ze op het niveau van viercijferige postcodes.

‘Voor een ROS in de provincie zijn deze gegevens goed te gebruiken, maar voor een gemeente als Amsterdam doen zich een paar problemen voor. Ten eerste: het gemeenteniveau is te groot (het gaat nog steeds om 800.000 mensen), en ten tweede: met de decentralisaties is Amsterdam opgedeeld in 22 deelgebieden van drie à vier buurten per gebied. Wijkteams en ouder-kind teams opereren in deze deelgebieden, maar ze komen niet overeen met het niveau waarop het NIVEL gegevens verzamelt, en de viercijferige postcodes komen weer niet overeen met de buurten.’⁴³

Samenwerking tussen deze organisaties richt zich op het maken van afspraken over hoe bepaalde gegevens gemonitord en/of gemeten en/of gestandaardiseerd worden. Zo hebben het NIVEL, het Trimbos-instituut en het RIVM afspraken gemaakt over de methoden waarmee de prevalentie van bepaalde ziekten worden bepaald en hoe die kennis publiek ontsloten wordt.⁴⁴ Ook het harmoniseren van de voorheen uiteenlopende cijfers van de leefstijlmonitor (onder meer door het Trimbos instituut, het RIVM en het Voedingscentrum) en de morbiditeitsmonitor (door het RIVM, het Trimbos-instituut, het NIVEL, het CBS en het NKI) is onderwerp van gesprek. Maar in de praktijk kan afspraken maken ook synoniem zijn met autonomie opgeven – en dat kan moeite kosten.⁴⁵

⁴² Interview Engels en Hof, Trimbos-instituut, 14 september 2015; het instituut heeft overigens wél de methodieken in huis om daar achter te komen, en wanneer de vraag zich voordoet, die op te schalen.

⁴³ Interview Dekker, 1stelij Amsterdam, 28 januari 2016.

⁴⁴ Interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016.

⁴⁵ Interview Van Oers, RIVM, 4 april 2016. Een voorbeeld: bij het inventariseren van het rookgedrag “niet langer vragen hoeveel sigaretten iemand heeft gerookt, maar heel specifiek naar hoeveel sigaretten en hoeveel shag. Er kan twee jaar overheen gaan voor dat gestandaardiseerd is”.

3.2 Integrale zorg en de (nieuwe) rol van de professional

De decentralisaties in de zorg betekenen niet alleen dat gemeenten nieuwe verantwoordelijkheden krijgen voor de organisatie en aansturing van de zorg. Ook (zorg)professionals komen voor een nieuwe opgave te staan. Kerngedachte van de decentralisaties is immers dat de zorg dichterbij en rondom/met de cliënt/patiënt tot stand komt en zich ontwikkelt. Dat veronderstelt dat (zorg)professionals de zorgbehoefte(n) van cliënten/patiënten integraal benaderen, en ten behoeve daarvan dus kennis ontwikkelen, ontsluiten en delen.

ZonMw spreekt in dit verband van:

'Horizontaal, domeinoverstijgend en in samenhang ondersteuning en zorg uitvoeren en organiseren. Bijvoorbeeld één plan voor één gezin en intersectorale samenwerking en samenhang tussen verschillende (sociaal- zorg) domeinen zoals school, psycholoog en agressietraining.'⁴⁶

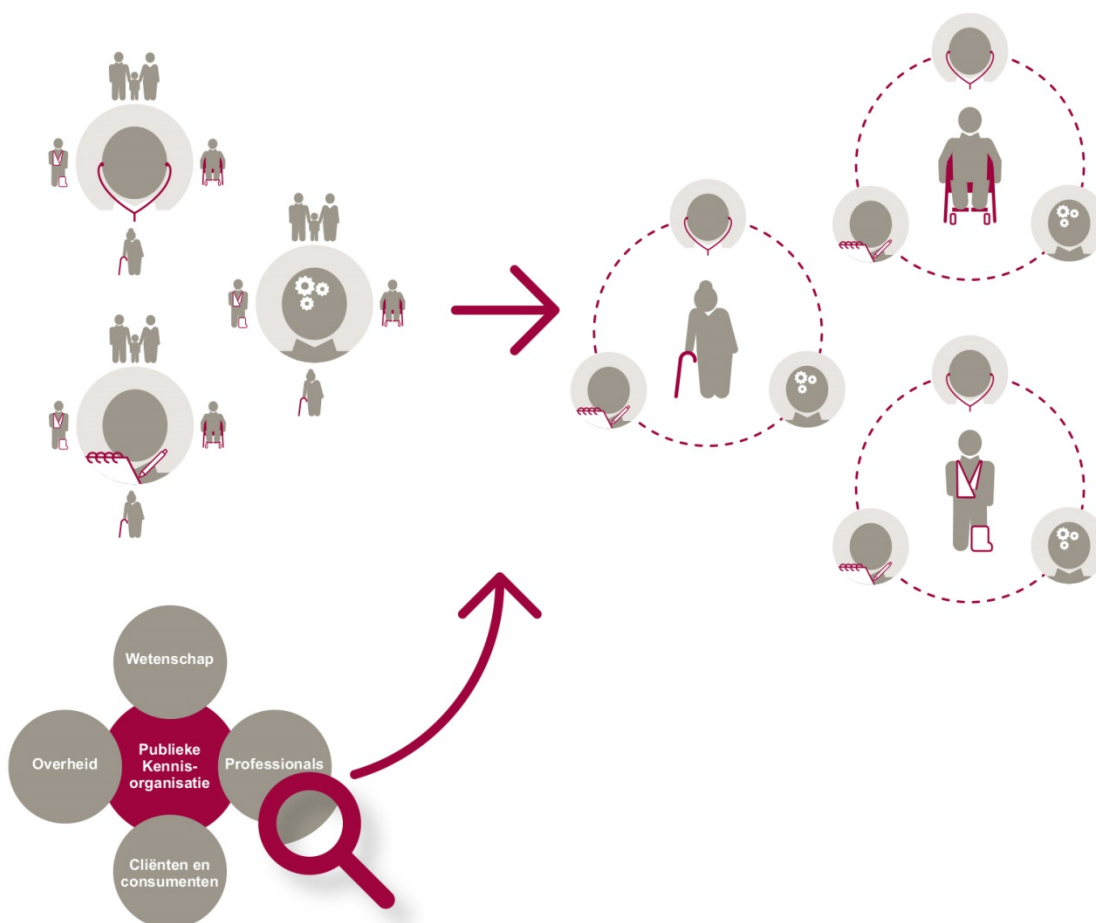
Samenwerking tussen (zorg)-professionals onderling en tussen (zorg)professionals en patiënten/cliënten is hierbij cruciaal. In de woorden van het G32-stedennetwerk en de G4 steden:

'Het zijn vooral professionals die in een interactief proces met cliënten afwegen wat ze wanneer en tegen welke prijs doen, en daarmee zijn de professionals vaak de innovators die nieuwe werkvormen ontwikkelen en implementeren.'⁴⁷

⁴⁶ Poortvliet, 2014a, p. 12.

⁴⁷ G32-stedennetwerk en G4-steden, m.m.v. VNG, 2014.

Figuur 3: de cliënt centraal



De wens om integrale zorg te leveren, veronderstelt dat ook het proces van kennisontwikkeling en -deling verandert. ZonMw stelt:

‘Met de verschuiving naar de regio en de nauwere betrokkenheid van veel verschillende partijen, verandert ook het kijken naar de kennisinfrastructuur. Kennisinfrastructuur is wellicht ook niet meer de goede term. Het gaat veel meer naar een dynamische kennisnetwerkstructuur. Het klassieke onderscheid tussen aan de ene kant de kennisontwikkelaars en verspreiders en aan de andere kant de kennisgebruikers, verdwijnt. In plaats daarvan is sprake van een nauwe samenwerking in netwerkverband. Dit verband richt zich op verdere ontwikkeling en het uitwisselen van ervaringen, het overbrengen van innovaties van de ene naar de andere plaats en het organiseren van een groter adaptief en lerend vermogen van professionals. De uitvoeringspraktijk vormt steeds meer de basis van deze kennisnetwerkstructuur.’⁴⁸

⁴⁸ Poortvliet, 2014a, p. 17.

Er is, met andere woorden, behoefte aan 'praktijkgerichte kennisontwikkeling; (...) samen antwoorden geven of zoeken op kennisvragen ("cocreatie") is de kern van deze netwerkstructuur'.⁴⁹

Concreet betekent kenniscocreatie (of kenniscoproductie) dat kennis tot stand komt in een interactief proces, waarin 'onderzoekers afkomstig uit verschillende wetenschappelijke vakgebieden samenwerken met maatschappelijke stakeholders'.⁵⁰ Participatie van maatschappelijke stakeholders – in het geval van de zorg dikwijls patiënten/cliënten en/of zorgprofessionals van verschillende domeinen – is van belang omdat alleen zij kunnen omschrijven wat zij in de praktijk nodig hebben om volgens eigen inzicht gezond te kunnen leven, en daarmee richting kunnen geven aan de ontwikkeling van handelingsopties waarop het proces van kenniscocreatie gericht is.

Zorgprofessionals, zo luidt de verwachting, hebben bij de uitvoering van hun werk verder nog behoefte aan 'beproefde' kennis die zij kunnen toepassen en verder uitdragen, zodat de zorg niet alleen in Schinnen, maar ook in het Oldambt op gevalideerde ervaring en beproefde kennis rust.⁵¹ Het gaat dan zowel om richtlijnontwikkeling en de vaststelling wat goede en effectieve interventies zijn, als om het beschikbaar stellen van deze richtlijnen en gevalideerde interventies op een centraal punt.⁵² 'Practice based kennis over de effectiviteit en waarde van interventies kan een goede bijdrage leveren aan kwaliteitsverbetering, maar wordt nog onvoldoende erkend', schrijft ZonMw hierover in een rapport over de organisatie van de langdurige zorg.

Via hun platformfunctie (zie ook p.18 van dit rapport) hebben de publieke kennisorganisaties van oudsher een belangrijke rol in de ontwikkeling, validering, ontsluiting en deling van kennis van, met en voor professionals. Het gaat hierbij dus zowel om de ontwikkeling van nieuwe, als de ontsluiting en toepassing van bestaande kennis. In het licht van de decentralisaties van de zorg en de hiermee gepaard gaande opdracht aan (zorg)professionals om integrale zorg te leveren, signaleren we de volgende knelpunten in de rol van de publieke kennisorganisaties.

3.2.1 Kennis is thematisch georganiseerd

Een groot aantal publieke kennisorganisaties in de zorg richt zich op één thema of doelgroep. Het Mulier Instituut bijvoorbeeld, verricht onderzoek en registreert de beleidseffectiviteit van maatregelen op het gebied van sport, het Trimbos-instituut richt zich op vraagstukken rondom geestelijke gezondheid, middelengebruik en verslaving, Movisie is de kennisorganisatie op het gebied van de WMO en richt zich op sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie en sociale veiligheid, Vilans doet onderzoek en adviseert over langdurige zorg, en het Nederlands

⁴⁹ ZonMw, 2015, p. 4.

⁵⁰ Zie ook: ZonMw, 2015, p. 5; G32 en G4 steden mmv VNG, 2014, p. 4.

⁵¹ Poortvliet, 2014a.

⁵² ZonMw, 2015, p. 4.

Jeugd Instituut heeft als missie het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van jeugdigen. Hoewel deze 'thema-instituten' in de praktijk steeds meer samenwerken, komt ook regelmatig ter sprake dat ze teveel langs afzonderlijke domeinen georganiseerd zijn, en dat als gevolg hiervan er geen of te weinig verbinding tussen de domeinen ('bijvoorbeeld zorg/welzijn, cure/care') ontstaat.⁵³

Box 3: Samenwerkingsverbanden tussen publieke kennisorganisaties

De publieke kennisorganisaties werken op dit moment al op verschillende manieren samen om kennis meer integraal te ontwikkelen, te presenteren en onderwerpen op te pakken die belangrijk zijn voor de regio. In deze box staat een aantal voorbeelden.

Erkenningstraject effectieve interventies

Veel publieke kennisorganisaties op het zorg en welzijnsdomein hebben databanken met effectieve interventies. Interventies zijn methoden die door professionals in de praktijk worden toegepast, zoals behandelingen, trainingen om met beperkingen om te gaan of materiaal voor gebruik in het onderwijs.

In dit traject werken zeven kennisorganisaties – het RIVM Centrum Gezond Leven, het Kenniscentrum Sport, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), Vilans, het Trimbos-instituut en Movisie – samen aan een eenduidig beoordelingssysteem voor interventies in verschillende zorg- en welzijnssectoren. Er zijn afspraken gemaakt over het erkennen en beoordelen van interventies en alle zeven kennisorganisaties hanteren nu dezelfde werkwijze en criteria bij het beoordelen van interventies. Ook brachten zij in mei 2015 een e-magazine uit dat gemeenten informeert over de manier waarop interventies kunnen worden ingezet om integraal werken te bevorderen.

Bronnen: Zwikker et al., 2015: <https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/bericht/?bericht=1574>: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2017/Kennisinstituten_ondersteunen_gemeenten_bij_integrale_aanpak

Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven is opgericht om de samenwerking en afstemming tussen gemeenten, GGD-en en professionals enerzijds en *thema-instituten* anderzijds op het gebied van gezondheidsbevordering te versterken. Een van de manieren waarop dit gedaan wordt, is door het bij elkaar brengen en toegankelijk maken van de beschikbare kennis over de publieke gezondheid op één punt. De belangrijkste doelgroep zijn gezondheidsbevorderaars

⁵³ Poortvliet, 2014b.

bij GGD-en en gemeenten, en scholen. De kennis wordt gepresenteerd op de website www.loketgezondleven.nl.

Het Centrum Gezond Leven informeert bij gemeenten aan welke kennis behoefte is. Deze kennis wordt vervolgens opgehaald bij de deelnemende *thema-instituten*: Kenniscentrum Sport, Pharos, Rutgers, Soa Aids Nederland, Trimbos-instituut, VeiligheidNL en het Voedingscentrum. Ook met de publieke kennisorganisaties Movisie, Vilans, Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en TNO wordt samengewerkt (naast verschillende andere partners). Door de kennis op één punt samen te brengen wordt versnippering voorkomen en kennis toegankelijk gemaakt voor professionals op lokaal niveau.

Bronnen: interview Hofstede, ministerie van VWS, 29-01-2016; Noordink et al., 2013

De frequent geuite wens van de 'thema-instituten' om meer structureel samen te werken en een platform te bieden op complexe zorgvragen onderschrijft impliciet dat de huidige situatie 'verkokerd' is, of 'teveel vanuit schotten' werkt.⁵⁴ 'Teveel gebeurt op eilandjes'.⁵⁵

'Door de schotten heen' is dan ook de veelzeggende titel van een symposium uit april 2016, waarop sprekers de resultaten presenteerden van een veelbelovende nieuwe, integrale benadering van de zorg voor mensen met longziekten.⁵⁶ De 'verkokering' van kennis houdt op haar beurt weer verband met het volgende punt.

3.2.2 Het kennisaanbod is pluriform en onoverzichtelijk

Alle publieke kennisorganisaties maken de resultaten van hun onderzoek openbaar – of dat nu is in de vorm van wetenschappelijke publicaties, databanken of -infrastructuren, websites, kennispleinen, leergemeenschappen, apps, richtlijnen, stappenplannen, video-instructies, protocollen of adviezen-op-maat. (Zorg)professionals kunnen vrijelijk gebruik maken van het kennisaanbod van de publieke kennisorganisaties. Idealiter kunnen ze zo leren van elkaar. Maar door de grote hoeveelheid bestaande kennis en de grote variatie in representatie van verschillende kennisvormen en -soorten, ontstaat ook de indruk dat het kennisaanbod een 'onoverzichtelijk woud' is:

'In de huidige kennisinfrastructuur wordt op diverse plekken en door diverse organisaties kennis aangeboden. De betrokken partijen hebben hierdoor onvoldoende inzicht in welke kennis er beschikbaar is – soms lijken de aanbieders zelfs in concurrentie met elkaar'.⁵⁷

⁵⁴ Interviews Vilans, Trimbos instituut, Caransscoop, ministerie van VWS (Hofstede), VNG, RIVM.

⁵⁵ Poortvliet, 2014a, p. 29.

⁵⁶ Interview Caransscoop, zie ook: www.doordeschottenheen.nl.

⁵⁷ Poortvliet, 2014a, p.13.

Deze onoverzichtelijkheid geeft aanleiding tot de volgende constatering:

Bestaande kennis wordt niet voldoende ontsloten, verspreid en bruikbaar gemaakt.

‘Hoewel er erg veel gebeurt aan kennisontwikkeling, zorgt een te weinig gestructureerde gemeentelijke (domein overstijgende) regie voor versnippering (...) en het niet optimaal gebruiken van kennis.’⁵⁸ Sommigen schrijven de beperkte bruikbaarheid van bestaande kennis ook toe aan vorm waarin deze wordt aangeboden. Wanneer het kennisaanbod te vaak alleen uit schriftelijk materiaal bestaat (stappenplannen, handleidingen, en (onderzoeks)publicaties), is het ‘vaak onvoldoende toegankelijk voor de doelgroep en sluit [het] ook onvoldoende aan op de (lokale) vragen die de transitieprocessen met zich meebrengen’.⁵⁹ Ook dataverzamelingen blijken in de praktijk niet altijd vindbaar, toegankelijk en uitwisselbaar te zijn, waardoor professionals er te weinig gebruik van kunnen maken.⁶⁰

Beschikbare kennis komt onvoldoende terecht bij degenen die er iets mee moeten doen.

Dat is een uitkomst van een focusgroep waarin coördinatoren Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid en de leden van de Kerngroep KIS-PG vertegenwoordigd waren.

‘[Het gaat erom, dat] de beschikbare kennis terecht komt bij diegenen die daar iets mee moeten doen. Als de kennis is ontwikkeld in een ander domein, gaat het niet alleen om de vindbaarheid van de kennis, maar ook om de toepasbaarheid van de kennis in een nieuwe context.’⁶¹

Vergelijkbare onderzoeksvragen worden op verschillende plaatsen tegelijk geadresseerd.

Hierdoor kan overlap ontstaan, dubbeling van het onderzoek, en gebrek aan doelmatigheid en efficiëntie.⁶² Kennis die op één plaats, of over één type (zorg)vraag is vergaard, komt niet ten goede aan vergelijkbare problematiek elders, zodat het lijkt alsof ‘het wiel steeds opnieuw wordt uitgevonden’. Anderzijds vergroot het gebrek aan transparantie en overzicht op het totale kennisaanbod ook het risico op het ontstaan van witte vlekken (onderwerpen die beperkt aandacht krijgen).⁶³ ‘Gevolg (van de decentralisatie van de kennisfunctie, PF) is dat er gaten in de kennisfunctie vallen omdat het niet meer behartigd en gefaciliteerd wordt.’⁶⁴

⁵⁸ Interview Rutjes, VNG, 7 april 2016; interview Hofstede, ministerie van VWS, 29-01-2016; G32-stedennetwerk en G4-steden, m.m.v. VNG, 2014, p. 2-3.

⁵⁹ Poortvliet, 2014a, p. 13; interview Dekker, 1stelij Amsterdam, 28 januari 2016.

⁶⁰ ZonMw, 2015, p. 9.

⁶¹ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015, pp. 23-24; zie ook: ZonMw, 2015: ‘er is al veel kennis beschikbaar, onder meer uit de praktijkgerichte onderzoeksprogramma’s van hogescholen, het netwerk van Wmo-werkplaatsen en op kennispleinen. Maar deze kennis bereikt de praktijk in onvoldoende mate’, p. 8.

⁶² Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015, p. 29.

⁶³ Poortvliet, 2014c, p. 15.

⁶⁴ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015, p. 24.

3.3 Borging van publieke kennis over gezondheid

Dat verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg, de maatschappelijke ondersteuning, arbeidsparticipatie en de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten met ingang van 1 januari 2015 bij gemeenten is belegd, betekent niet alleen dat gemeenten nieuwe verantwoordelijkheden hebben gekregen, maar ook dat er nu op deze domeinen in plaats van één, bijna vierhonderd beleidsvoorbereidende, -makende, -uitvoerende, en -evaluerende instanties zijn. Elke gemeente kent een eigen, specifieke populatieopbouw en een daarmee gepaard gaande specifieke gezondheidsproblematiek, en elke gemeente wordt dan ook geacht zijn eigen, specifieke gezondheidsbeleid te ontwikkelen. De kennisbehoefte is dan ook niet gelijk. Uit het voorgaande bleek dat het voor de publieke kennisorganisaties lastig is om voor dit eigen, specifieke beleid steeds de juiste kennis te leveren.

Daarnaast staat in het nieuwe denken over gezondheid en ziekte – en ook in de hiermee gepaard gaande wetgeving – het concept van integrale zorg centraal. Dat betekent dat (zorg)professionals samen met de cliënt/patiënt en met andere (zorg)professionals domein overstijgende behandelplannen ontwikkelen en/of gebruiken, waarin het 'vermogen' van mensen om zich aan te passen en regie te voeren centraal staat. Dit vraagt om nieuwe vormen van samenwerking, kennisdeling en kenniscocreatie. Het vraagt ook om antwoorden op nieuwe vragen.

Om aan beide opgaven te kunnen beantwoorden, is kennis nodig – en tegelijkertijd levert het beantwoorden aan deze opgaven nieuwe kennis op. Kennisuitwisseling tussen verschillende professionals, maar ook tussen instellingen op regionaal niveau, tussen instellingen op regionaal en landelijk niveau, en tussen instellingen op landelijk niveau, geldt dan ook als belangrijkste voorwaarde om aan beide opgaven te kunnen voldoen. Verschillende partijen spreken in dit verband over de noodzaak van 'lerende netwerken'⁶⁵, een 'kennislemniscaat' of 'een dynamische kennisnetwerkstructuur'. 'We hebben dynamische kennis nodig', stelden de deelnemers aan onze terugkoppelbijeenkomst. 'En dat vraagt om een dynamische omgeving.'

Vaak vormen kennis van de regionale context en landelijk kennis nog twee gescheiden werelden: het kennisecosysteem voor kennis en kennisintensieve dienstverlening aan gemeenten en zorgprofessionals in de regio is gescheiden van het kennisecosysteem voor kennis en kennisintensieve dienstverlening aan de rijksoverheid (en andere nationale kennisvragers). Idealiter zou de kennis in en tussen die werelden vrijelijk moeten stromen.⁶⁶ Op papier ziet deze opgave er overzichtelijk uit.⁶⁷ Maar hoewel er verschillende samenwerkingsinitiatieven ontstaan, zien we in de praktijk verschillende obstakels in de verwerkelijking van dit ideaal.

3.3.1 Kennisnetwerken zijn instabiel

Een van de moeilijkheden die hierbij optreden, is dat de connecties tussen en binnen deze werelden vaak ad hoc tot stand komen of afhankelijk zijn van persoonlijke interesses of

⁶⁵ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015, p. 25.

⁶⁶ Zie ook: Poortvliet, 2014c., p. 14: 'het streven is om nationale en lokale kennis meer aan elkaar te verbinden.'

⁶⁷ Interview Jongejan, ROS-Caransscoop, 9 mei 2016: hij stelt deze kennisstromen voor in de vorm van een zandloper.

ontmoetingen. De ‘lerende netwerken’ blijken als gevolg hiervan vaak instabiel, informeel, en grillig. Daarnaast lijden verschillende succesvolle samenwerkingsprojecten onder tijdelijke financiering. Als de financiering stopt, houdt ook het project op, en is er geen borging van de kennis.⁶⁸ En soms is er simpelweg sprake van een gebrekkige onderlinge vertrouwensbasis of miscommunicatie.⁶⁹

3.3.2 Systeemverantwoordelijkheid is onduidelijk belegd

Het is op dit moment onduidelijk wie de verantwoordelijkheid draagt voor het tot stand komen en onderhouden van een dergelijke kennisnetwerkstructuur. Als hoofdverantwoordelijke voor de borging van de publieke kennisopbouw wijzen betrokkenen doorgaans naar het ministerie van VWS: die zou ‘systeemverantwoordelijkheid’ voor het functioneren van het hele systeem moeten nemen.

‘Bij de decentralisaties is sprake van een grote publieke uitdaging. Veel partijen zijn hierbij betrokken, waaronder verschillende overheidsorganen. Partijen hebben uiteenlopende en soms tegenstrijdige belangen. De overheid zou eigenlijk moeten vaststellen welke basiskennisinfrastructuur beschikbaar zou moeten zijn en een centrale visie moeten hebben.’⁷⁰

Vrijwel alle partijen beklemtonen echter ook dat onduidelijk is waar die systeemverantwoordelijkheid precies uit bestaat. ‘Het is niet duidelijk wie verantwoordelijkheid heeft voor de kennisinfrastructuur: de inhoud en de strategische agenda moeten bij elkaar komen.’⁷¹

⁶⁸ Interview Jongejan, ROS-Caransscoop, 9 mei 2016.

⁶⁹ Interviews Stokx, RIVM, 11 september 2015; Interview Rutjes, VNG, 7 april 2016; Interview Jongejan, ROS-Caransscoop, 9 mei 2016.

⁷⁰ Poortvliet, 2014c, p. 16.

⁷¹ Van Bon-Martens, Treurniet en Van Oers, 2015, p. 26.

4 Conclusies en aanbevelingen

Aanleiding voor dit onderzoek was de constatering dat de wereld van de zorg in transitie is. Mede door nieuwe denkbeelden over wat gezond zijn inhoudt, is sinds een aantal jaren een proces op gang gekomen, waarin taken en verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheidszorg zijn gaan verschuiven. Deze verschuiving raakt niet alleen de positie van de burger (cliënt of patiënt), maar heeft ook gevolgen voor die van overheden (landelijk en gemeentelijk) en (zorg)professionals.

In dit rapport richten we ons op de gevolgen van deze verschuiving voor de positie en functie van de publieke kennisorganisaties – de organisaties die van oudsher de cruciale kennisfuncties vervullen, die nodig zijn voor overheden om goed geïnformeerd beleid te maken, en voor professionals om gevalideerde, up-to-date behandelingen of zorgtaken te kunnen bieden. Uiteindelijk leveren deze publieke kennisorganisaties hiermee de kennisintensieve dienstverlening die nodig is voor het goed functioneren van de gezondheidszorg, en in het verlengde daarvan, voor een optimale volksgezondheid van burgers.

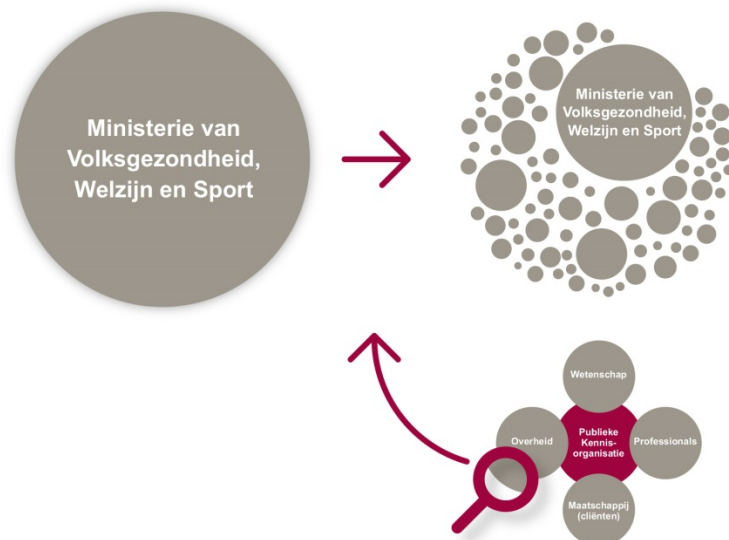
We stellen in dit rapport twee vragen:

- wat betekenen de decentralisaties op het gebied van zorg en welzijn voor de positie en rol van de publieke kennisorganisaties;
- wat betekenen deze decentralisaties voor het publieke belang dat deze organisaties borgen?

4.1 Analyse van de situatie

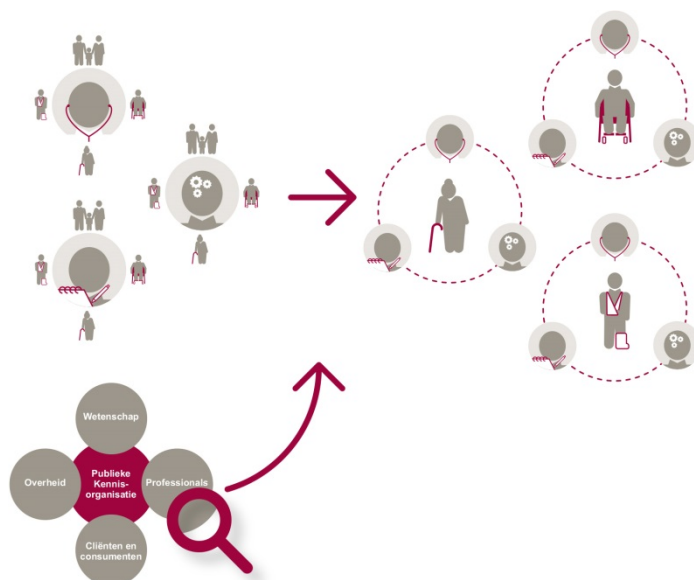
Om deze vragen te kunnen beantwoorden, hebben we eerst duidelijk gemaakt hoe we de relaties zien tussen de publieke kennisorganisaties en hun omgevingen. Daarvoor hebben we deze publieke kennisorganisaties modelmatig gesitueerd op het kruisvlak van vier omgevingen: die van overheid, wetenschap, professionals en burgers. Willen publieke kennisorganisaties hun kennisfuncties goed – en wetenschappelijk verantwoord – kunnen vervullen, zo stellen we, dan is het noodzakelijk, dat ze hun kennisproductie kunnen afstemmen op de verwachtingen die leven bij partijen in hun omgeving(en). Vervolgens hebben we vastgesteld dat de decentralisaties in de zorg hebben geleid tot veranderingen in de omgeving van de publieke kennisorganisaties. We concentreren ons in dit onderzoek op twee belangrijke omgevingen: die van beleid en van de (zorg)professional.

In die eerste omgeving zien we dat kennisvragen voor beleid in toenemende mate op lokaal of gemeentelijk niveau ontstaan. Modelmatig ziet deze verschuiving er zo uit:



We hebben vastgesteld dat veel verschillende partijen bezig zijn zich te ontwikkelen tot leveranciers van relevante (beleids)kennis voor vragen op gemeentelijk niveau. Nieuwe en oude spelers zoeken naar een rol, een taakverdeling en een positie.

In de tweede plaats stellen we vast dat de decentralisaties ook gepaard gaan met nieuwe opgaven voor professionals in de zorg. Het klassieke onderscheid tussen kennisproducenten en -aanbieders aan de ene kant, en gebruikers of afnemers aan de andere, is aan het verdwijnen, en maakt plaats voor een proces van kennisproductie of -cocreatie. Praktijkkennis komt tot stand als professionals onderling en in samenwerking met maatschappelijke stakeholders (cliënten en patiënten) ervaringen en kennis delen. Dit ziet er modelmatig zo uit:



We hebben vastgesteld dat deze nieuwe situatie om nieuwe vormen van samenwerking vraagt, tussen professionals onderling, tussen professionals en cliënten, en tussen professionals en cliënten op lokaal en landelijk niveau.

4.2 Conclusies met betrekking tot de publieke kennisorganisaties

Op basis van ons onderzoek, en een inventarisatie van de spanningen die bovenstaande veranderingen in de omgeving voor de publieke kennisorganisaties opleveren, kunnen we het volgende concluderen:

4.2.1 Positie en rol van de publieke kennisorganisaties worden onduidelijk

De positie en de rol van publieke kennisorganisaties worden onduidelijk. Publieke kennisorganisaties – van oudsher leveranciers van beleidsrelevante kennis voor het ministerie van VWS en kennisplatforms voor professionals – krijgen te maken met allerlei andere kennisaanbieders, zowel oude als nieuwe. Ze zoeken een plek in dit drukke veld. ‘Van nature’ hebben ze echter weinig aansluiting bij regionale kennisvragen. Hun onderzoeksagenda komt nog grotendeels tot stand in interactie met VWS. Het is hierdoor onduidelijk wat hun positie en rol is ten opzichte van de vragen van gemeenten en wie deze publieke kennisfunctie voor gemeenten moet financieren.

Ze moeten bovendien meer gaan opereren in dynamische, ‘co-creatieve’ kennisnetwerken om te kunnen beantwoorden aan de kennisbehoeften van gemeenten en zorgprofessionals. De samenwerkingsverbanden tussen regionale partijen onderling, tussen regionale en landelijke partijen, en tussen landelijke partijen onderling zijn echter vaak ad hoc, informeel of fragiel. Hierdoor dreigt enerzijds dat gemeenten en professionals ieder voor zich het wiel opnieuw uitvinden – en anderzijds dat kennis verloren gaat, omdat men deze niet, of onvoldoende, deelt.

Sommigen zien voor de publieke kennisorganisaties een duidelijke taak als landelijke kennisdepots: de regio zou weliswaar leidend moeten zijn bij de vraagarticulatie, maar de (landelijke) publieke kennisorganisaties zouden, in lijn met hun traditionele positie als producent, verzamelaar, opbouwer en deler van kennis, een sterke(re) positie moeten claimen als regisseur, spelverdeler, en (kennis)makelaar. Ook voor professionals zouden ze hun platformfunctie moeten versterken. Zelf noemen publieke kennisorganisaties ‘verbinden’ als een van hun belangrijkste kernwaarden. Duurzame en dynamische samenwerking is noodzakelijk om aan die waarde te kunnen voldoen. De huidige financieringsstructuur geeft hiervoor op dit moment echter te weinig financiële flexibiliteit. Ook hierdoor blijft onduidelijk wat hun positie en rol momenteel is, of zou moeten zijn.

4.2.2 Publieke kennisopbouw staat onder druk

De publieke kennisopbouw voor de volksgezondheid – tot dusver een van de belangrijkste functies van de publieke kennisorganisaties – komt onder invloed van de decentralisaties onder druk te staan. Publieke kennisorganisaties kunnen het publieke belang alleen borgen samen met andere partijen, zowel met andere kennisaanbieders, alsook met kennisvragers (professionals en beleidsmakers). Het kennisecosysteem voor de gezondheidszorg is echter nog niet goed aangepast aan de nieuwe situatie, die is ontstaan door de decentralisaties in de zorg.

De rijksoverheid heeft de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat het kennisecosysteem voor de gezondheidszorg – een gedeelde kennisbasis – als geheel effectief en efficiënt kan functioneren. Momenteel wordt deze systeemverantwoordelijkheid echter niet goed ingevuld. We stellen vast dat beleidsverantwoordelijkheden gedecentraliseerd zijn, maar dat onduidelijk blijft hoe de bijbehorende kennisfuncties georganiseerd zijn, of zouden moeten zijn. Hierdoor ontstaan risico's voor de kwaliteit en de relevantie van de geleverde kennis over gezondheid, zowel voor beleidsmakers als voor zorgprofessionals. Door gebrek aan circulatie en aggregatie van kennis kan de kennisopbouw voor verschillende doelgroepen in de knel komen. Door gebrek aan aansluiting en ontsluiting van kennis kan de kennisbenutting voor meerder doelgroepen tekort schieten, waardoor uiteindelijk hoge kwaliteit van zorg niet voor iedereen en overal gegarandeerd is.

4.3 Aanbevelingen aan het ministerie van VWS

Het ministerie van VWS draagt systeemverantwoordelijkheid voor volksgezondheid en de daarvoor noodzakelijke gedeelde kennisbasis. Als verantwoordelijke voor de volksgezondheid, moet het ministerie van VWS zorg dragen voor de ontwikkeling en opbouw van een gedeelde kennisbasis met betrekking tot de volksgezondheid. Het moet deze ontwikkeling stimuleren en mogelijk maken, en toezicht houden op het functioneren ervan.

Vanuit die functie hebben we voor het ministerie van VWS de volgende aanbevelingen:

4.3.1 Stel doelen met betrekking tot de opbouw van een gedeelde kennisbasis op het gebied van gezondheid

Het ministerie van VWS moet duidelijke beleidsdoelen stellen bij de opbouw van een gedeelde kennisbasis op het gebied van gezondheid. Op dit moment gaan gemeenten en professionals ieder voor zich aan de slag met de organisatie van hun kennis, met als gevolg dat er een grote diversiteit aan gemeentelijke kennisarrangementen ontstaat. De aansluiting met de publieke kennisorganisaties, die van oudsher de taak hebben beschikbare kennis te verzamelen en toegankelijk te maken, is op gemeentelijk niveau afhankelijk van persoonlijke en ad hoc relaties. Door het gebrek aan structurele verbinding tussen de verschillende kennisvragers en -aanbieders wordt kennis onvoldoende gedeeld. Omdat kennis moeilijker bij de nationale publieke

kennisorganisaties komt, ontbreekt synthese en komt ook de opbouw van nieuwe gedeelde kennis in gevaar. Het ministerie moet de eigen rol en verantwoordelijkheid voor de opbouw van deze gedeelde kennisbasis duidelijk tot uitdrukking brengen.

4.3.2 Hou bij maatregelen om tot een gedeelde kennisbasis te komen rekening met publieke kennisorganisaties

Het ministerie van VWS moet maatregelen nemen om tot een gedeelde kennisbasis te komen en hierbij het belang van de publieke kennisorganisaties onderkennen en uitbouwen. Traditioneel zijn publieke kennisorganisaties goed in staat een rol spelen in de opbouw van een gedeelde kennisbasis. Van oudsher zijn zij immers in aard en omvang toegesneden op het verzamelen, aggregeren, consolideren en breed toegankelijk maken van kennis. Publieke kennisorganisaties hebben elk in hun domein een systeemverantwoordelijkheid voor de opbouw, het beheer en het delen van publieke kennis over gezondheid en gezondheidsbevordering. Zij hebben de kennis en instrumenten in huis om informatie over trends in het gezondheidsdomein te monitoren, toekomstverkenningen uit te voeren, en samen met professionals onderzoek te doen naar de effectiviteit van (nieuwe) behandelingen. Zo dragen ze bij aan het ontstaan, het in stand houden en bestendigen van 'lerende netwerken', waarin kennis en informatie samengevoegd, getoetst en gedeeld kunnen worden; onder andere over de effectiviteit van behandelingen of behandelprotocollen, of van (beleids)maatregelen voor de publieke gezondheid. Op dit moment worden ze hiertoe echter onvoldoende in staat gesteld.

4.3.3 Monitor en evalueer de gedeelde kennisbasis op systeemniveau

Monitor en evalueer of de partijen die zorg dragen voor de opbouw van een gedeelde kennisbasis hun taak om te systematiseren, problemen te signaleren en het delen van kennis waarmaken en evalueer of ze samen met gemeenten voldoende kennis opbouwen en delen om de nieuwe professionals de zorg te laten leveren waarin de patiënt centraal staat.

Het veld is nog steeds in beweging. Het is van belang om voeling te houden met de manier waarop de decentralisatie van de kennis verloopt, en om te toetsen of een gedeelde kennisbasis tot stand komt en naar behoren functioneert. Betere zorg is immers afhankelijk van goed geïnformeerde professionals die zich gesteund weten vanuit goed onderbouwd beleid en een goed functionerende kennisbasis.

Bibliografie

Arnold, E., K. Barker & S. Slipersaeter (2010). Research Institutes in the ERA. Technopolis group.

Beck, J., L. van den Broek, & O. van Gerwen. (2013). Kennis maken met decentrale overheden. Een verkennende studie naar de strategische kennisbehoefte van provincies, gemeenten en waterschappen in samenhang met de decentralisatie van het omgevingsbeleid. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Blankesteyn, M., G. Munnichs, & L. van Drooge, L. (2014). Wetenschap als strijdtoneel. Publieke controversen rond wetenschap en beleid. Den Haag: Rathenau Instituut.

Boden, R., D. Cox, M. Nedeva & K. Barker (2004). Scrutinising Science. The Changing UK Government of Science, London: Palgrave Macmillan.

Bon-Martens, M. van, H. Treurniet & H. van Oers (2015). Quick Scan regionale kennisagenda publieke gezondheid voor het sociaal domein. Den Haag: ZonMW.

Centraal Planbureau (2013). CPB Notitie. Decentralisaties in het sociaal domein. Den Haag: CPB.

Es, J.C. van (1965). 'Het Nederlands Huisartsen Instituut'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 109:I.8.

G32-stedennetwerk & G4-steden, m.m.v. VNG (2014). Transformatie en innovatie organiseren. Notitie over kennisinfrastructuur en onderzoek bij de transitie Jeugd en 3d's. Concept 7 juli 2014.

Gulbrandsen, M. (2011). 'Research Institutes as Hybrid Organizations: Central Challenges to their Legitimacy'. Policy Science. Vol. 44. pp. 215-230.

Integraal Werken in de Wijk (2017). Jaarverslag integraal werken in de wijk 2016. Utrecht: IWW.

Jasanoff, S. (1990). The Fifth Branch. Science Advisors as Policy Makers. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kamerbrief II, 2014, kenmerk 629287-122954- PG. Betrouwbare publieke gezondheid: gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en rijk.

Kamerstukken II 1995/1996, 24 454, nr. 3. Wet op het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, MvT.

Kamerstukken II 2005/2006, nr.31 031 XVI. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006.

Kamerstukken II, 2012/2013, nr. 33 400 XVI. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012, p. 110.

Kamerstukken II 2014/2015, 27 565, nr.128. Alcoholbeleid. Brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Kamerstukken II 2014/2015, 34 200 XVI, nr.1. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014.

Kamerstukken II, 2015/2016, 34 475 XVI, nr.1. Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015.

Koens, L., C. Chiong Meza, P. Faasse & J. de Jonge (2016). De Publieke Kennisorganisaties. Feiten en Cijfers 17. Den Haag: Rathenau Instituut.

Larédo, P. (2001). 'Government Labs or Public Institutions of Professional Research: The Case of France'. In: Cox, D., P. Gummett & K. Barker, K. [eds.] (2001). Government Laboratories, Transition and Transformation. Amsterdam: IOS press, pp. 114-127.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (2013). Decentralisatiebrief, kenmerk 2013-0000108917. Den Haag: Ministerie van BZK.

NIVEL, 2011. Onderzoeksprogramma 2011-2014. Utrecht: NIVEL.

NIVEL, 2014. Onderzoeksprogramma 2014-2017. Utrecht: NIVEL.

Noordink. M., A. Dijkzeul, R. van Schelven & H. Pastoor (2013). Evaluatie RIVM – Centrum gezond leven. Eindrapport. Den Haag: Kwink groep.

OECD (2011). Public Research Institutions: Mapping Sector Trends. Parijs: OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119505>

Poortvliet, P. (2014a). Kennisinfrastructuur in transitie. Rapport reflectiebijeenkomst voor Zorg en Ondersteuning in de Buurt, ZonMW. Den Haag: ZonMW.

Poortvliet, P. (2014b). Kennisinfrastructuur in transitie. Bijdrage van kennis aan de decentralisaties. Discussienota voor bijeenkomst kenniskamer 6 november 2014, ZonMW. Den Haag: ZonMW.

Poortvliet, P. (2014c). Inventarisatie opdrachtverlening kennisinstituten, ZonMW. Den Haag: ZonMW.

Prins, A.A.M. (n.d.). Siampi, Final Report WP5 Health.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2016). Routekaart RIVM2020. Bilthoven: RIVM.

Sanz-Menéndez, L. & L. Cruz-Castro (2006). New legitimization models and the transformation of the public research organizational field, working paper. Madrid: Unidad de Políticas Comparadas (CSIC).

Targhi Bakkali, H. (2016). Een zorgprofessor liet zich 72 uur opnemen in een verpleeghuis. Dit is wat hij leerde. <https://decorrespondent.nl/4272/Een-zorgprofessor-liet-zich-72-uur-lang-opnemen-in-een-verpleeghuis-Dit-is-wat-hij-leerde/309882447072-a03bbc69>

Toolen, A. van der (2009). Bacteriënjagers en Andere Verhalen. Bilthoven: RIVM.

Trimbos-instituut (2011). Jaarrekening Trimbos-instituut 2011. Utrecht: Stichting Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2013). Financieel verslag 2013. Utrecht: Stichting Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2015). Financieel verslag 2015. Utrecht: Stichting Trimbos-instituut.

Vilans (2011). Jaarverslag 2011. Utrecht: Vilans.

Vilans (2013). Jaarverslag 2013, Snel en slagvaardig. Utrecht: Vilans

Vilans (2015). Jaarverslag 2015. Op koers. Utrecht: Vilans.

Vilans (2016). Werkprogramma 2016. Kennis met betekenis en perspectief. Utrecht: Vilans.

Vilans (2017). Werkprogramma 2017. Zorgen dat kennis werkt. Utrecht: Vilans.

Visser, J. (2014). Interview Machteld Huber. www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/interview-machteld-huber-het-vermogen-om-zelf-de-regie-te-voeren.htm

Vries, M. de & J. Kossen. (2015). Zó werkt de zorg in Nederland. Kaartenboek gezondheidszorg editie 2015. Amsterdam: de Argumentenfabriek.

Zon, H. van (1990). Tachtig jaar RIVM, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Assen: Van Gorcum.

ZonMW (2015). Kennis & Co. Naar een duurzame kennisbasis voor de langdurige zorg. Den Haag: ZonMW.

Zwikker, M., D. van Dale, T. Dunnink, G. Willemse, S. van Rooijen, N. Heeringa, & P. Rensen (2015). Erkenning van interventies. Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2015-2018. Utrecht [etc.]: RIVM[etc.]

Interviews

Tabel 2 Overzicht interviews

Geïnterviewde(n)	Datum	Organisatie	Functie*
P. Groenewegen, R. Coppen	07-09-2015	NIVEL	Directeur Bestuurssecretaris
L. Stokx	11-09-2015	RIVM	Chief Strategist
R. Engels Y. Hof	14-09-2015	Trimbos-instituut	Directeur Bestuurssecretaris
A. Versteegden	24-09-2015	Vilans	Voorzitter Raad van Bestuur
M. Esveld	19-11-2015	Ministerie van VWS	Senior beleidsadviseur
L. Hilhorst	19-11-2015	Ministerie van VWS	Kenniscoördinator VWS & strategisch kennisadviseur
C. Dekker	28-01-2016	1stelij Amsterdam	Senior consultant
M. Hofstede	29-01-2016	Ministerie van VWS	Senior beleidsadviseur
H. Treurniet	01-04-2016	GGD-GHOR	Plaatsvervangend directeur
H. van Oers	04-04-2016	RIVM	Chief Scientific Officer
I van Rooijen M.J. van Rooy K. van Gorp	05-04-2016	ZonMw	Programmasecretaris Adviseur Programmacoördinator
F. Rutjes	07-04-2016	VNG	Beleidsmedewerker
A. Jongejan	09-05-2016	ROS Caransscoop	Directeur/beleidsmedewerker
R. Groot Koerkamp	20-05-2016	Zorgverzekeraars Nederland	Bestuursadviseur

* Een aantal geïnterviewden is sinds de afname van het interview van functie gewisseld.
Hier genoemd zijn de functies die zij vervulden ten tijde van het interview.

Rathenau Instituut

Tabel 3 Deelnemers terugkoppelbijeenkomst 23 november 2016

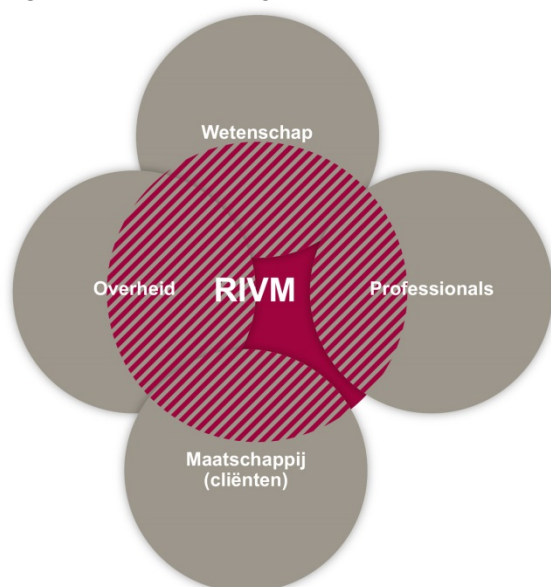
Deelnemer	Organisatie	Functie
Prof. Dr. R. Friele	NIVEL	Adjunct-directeur
M. Roos	NIVEL	Deputy-director/CFO
A. van Bolhuis	RIVM	Directeur Volksgezondheid en Zorg
L. Stokx	RIVM	Chief Strategist
Y. Hof	Trimbos-instituut	Bestuurssecretaris
Prof. Dr. H. Nies	Vilans	Lid Raad van Bestuur

Bijlage A: het RIVM

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, “bevordert de publieke gezondheid en een schoon en veilig leefmilieu”.⁷² Centraal staat de gezondheid van de bevolking. Het RIVM doet onderzoek naar alle aspecten die daar invloed op uit kunnen oefenen. Zo onderzoekt men bijvoorbeeld de werkzaamheid van vaccins, evenals de effecten van straling, het succes van gezondheidsprogramma's, de veiligheid van ons voedsel, de eigenschappen van nieuwe (nano)materialen, de verspreiding van infectieziekten via dier, voedsel en milieu en nieuwe methoden om ziekten vast te stellen. Het RIVM is actief op drie kennisdomeinen (zie figuur 5): Infectieziekten en Vaccintechnologie, Volksgezondheid en Zorg en Milieu en Veiligheid. De bevindingen in dit rapport hebben hoofdzakelijk betrekking op het domein Volksgezondheid en Zorg. Hieronder valt bijvoorbeeld het onderzoek op het gebied van voedselveiligheid, tabak en drugs, preventie en gezondheidsbevordering en de monitoring van gezondheid.

Wij kennen het RIVM meestal door de activiteiten die het instituut mede op basis van dit onderzoek ontwikkelt en/of beheert, zoals: de informatiefolders in de dokterspraktijk, het Nationaal Hitteplan, het rijksvaccinatieprogramma, de bevolkingsonderzoeken en de Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV). Hiermee toont het RIVM zich niet alléén een onderzoeksinstituut, maar ook een coördinator, uitvoerder en voorlichter.

Figuur 4. Positionering RIVM



⁷² www.rivm.nl.

Geschiedenis

Het RIVM is in 1909 – na lang aandringen van de Inspecteurs van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid – opgericht als Centraal laboratorium ten behoeve van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Dat Staatstoezicht moest zich bezighouden met het onderzoek van de algemene gezondheidstoestand en middelen tot verbetering daarvan aangeven.⁷³ Het ging daarbij om de bestrijding van infectieziekten zoals cholera, tyfus en difterie, maar óók om de omgevingsfactoren die daarop van invloed konden zijn. De kwaliteit van water, bodem en lucht, goede huisvesting en voedsel waren dan ook belangrijke onderwerpen voor de inspecteurs én voor het Centraal Laboratorium.

Het Centraal Laboratorium deed onderzoek naar infectieziekten, voeding, geneesmiddelen en water- en luchtverontreiniging. In de ruim 100 jaar sinds de oprichting heeft het takenpakket van het RIVM een flink aantal wijzigingen ondergaan. In 1934 fuseerde het Centraal Laboratorium met het Rijks-Serologisch Instituut tot het 'Rijksinstituut voor de Volksgezondheid' en werd het verantwoordelijk voor de productie van sera en vaccins. In 1984 komt het RIVM in de huidige samenstelling tot stand, door een fusie met het Rijksinstituut voor Drinkwatervoorziening en het Instituut voor Afvalstoffen onderzoek.

Het aandachtsgebied van het RIVM is door de jaren heen hetzelfde gebleven, de accenten en werkzaamheden bewogen mee met de tijd. Zo kreeg in de jaren zestig van de twintigste eeuw het milieuonderzoek een sterkere positie binnen het RIVM, is er in de jaren tachtig veel aandacht voor onderzoek naar welvaartsziekten⁷⁴ en is ook de aandacht voor preventie en een gezonde leefstijl gegroeid. Ook de activiteiten veranderen. Het oorspronkelijke onderzoek voor het staatstoezicht, zo staat in de memorie van toelichting bij de wet op het RIVM, vormt nog maar een derde van de activiteiten.⁷⁵

Vanaf de tweede helft van de twintigste eeuw komen er steeds meer taken bij waarin de rollen van het RIVM als uitvoerder, coördinator en voorlichter sterker naar voren komen. Zo is het RIVM steeds meer beleidsondersteunend onderzoek gaan doen. Het instituut gaat zich bezighouden met toekomstverkenningen, zoals de rapporten 'Zorgen voor morgen' (1988), over de toestand van het milieu, en de eerste 'Volksgezondheid Toekomst Verkenningen' in 1993.

De rol op het gebied van vaccins is ook veranderd. Net als het Centraal Laboratorium en het RIV onderzoekt het huidige RIVM nog steeds patiëntmateriaal en de werkzaamheid van vaccins, maar het huidige RIVM produceert zelf geen vaccins meer. De meeste taken op het gebied van vaccins

⁷³ Van Zon, 1990, Hfdst. 1.

⁷⁴ Van der Toolen, 2009.

⁷⁵ Kamerstukken II 1995/96, 24 454, nr.3: *Wet op het Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM)*, MvT.

zijn in 2003 afgestoten naar het Nederlands Vaccin Instituut.⁷⁶ In 2011 is besloten dit instituut op te heffen, waarbij de zogeheten publieke taken terugkwamen naar het RIVM. Dat betekent dat het RIVM verantwoordelijk is voor de inkoop, opslag en distributie van vaccins en het onderzoek naar de veiligheid en werkzaamheid van vaccins.⁷⁷

In 2008 wordt het RIVM verantwoordelijk voor de coördinatie en uitvoering van het rijksvaccinatieprogramma door integratie van de ent-administraties.⁷⁸ Het is een van de regie- en uitvoeringstaken die het RIVM vanaf 2005 in toenemende mate krijgt.⁷⁹ Zo wordt het RIVM in 2005 verantwoordelijk voor de landelijke coördinatie van zeven preventie- en interventieprogramma's, en coördineert het vanaf 2006 de landelijke bevolkingsonderzoeken. Ook publieksvoorlichting gaat een steeds grotere rol spelen.⁸⁰

Organisatie

Het RIVM is een agentschap van het Ministerie van VWS, de eigenaar en belangrijkste opdrachtgever. Van de € 336,8 miljoen aan inkomsten (tabel 4) van het RIVM in 2015 kwam € 246 miljoen van dit ministerie voor strategisch onderzoek (€ 18,6 miljoen), opdrachten en de uitvoering van onder andere het rijksvaccinatieprogramma.⁸¹ Jaarlijks wordt met het ministerie een onderzoeksprogramma afgesproken.⁸² Deze programmering loopt via individuele programma's, die ondergebracht zijn bij verschillende directies van het ministerie. De programma's komen tot stand in overleg met het RIVM, waarbij elk programma een programmahouder binnen VWS als aanspreekpunt heeft. Dat leidt tot een 'verzoek tot offerte'⁸³, waarna Het RIVM een offerte opstelt en in dialoog keuzes gemaakt kunnen worden. Ook met het Ministerie van Infrastructuur en Milieu, verantwoordelijk voor het aandachtsgebied Milieu en Veiligheid, het Ministerie van Economische Zaken, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, diverse andere ministeries en de bijbehorende inspecties, wordt jaarlijks aan de onderzoeksprogrammering gewerkt.

⁷⁶ Van der Toolen, 2009, p. 95 e.v., zie ook Blankesteijn et al., 2014.

⁷⁷ Kamerstukken II, 2012/13, nr. 33 400 XVI, p. 110; {http://www.rijksvaccinatieprogramma.nl/Over_Rijksvaccinatieprogramma}.

⁷⁸ Van der Toolen, 2009, p.95 e.v.

⁷⁹ Interview L. Stokx, RIVM, 11-09-2015.

⁸⁰ Van der Toolen, 2009, p.95 e.v.

⁸¹ Kamerstukken II 2014/15, 34 200 XVI, nr.1: *Jaarverslag en Slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014*.

⁸² Interview RIVM, L. Stokx.

⁸³ Ibid.

Tabel 4 Kerngetallen RIVM

Kerngetallen RIVM				
		2011	2013	2015
Inkomsten (x 1.000)	Institutionele financiering	262.673	249.873	245.963
	Projectfinanciering rijksoverheid	60.685	60.942	70.500
	Projectfinanciering overig	65.019	24.587	19.461
	Overige inkomsten	1.990	5.500	913
	Totaal	390.367	340.902	336.837
Personeel	Aantal	1.603	n.b.	1.728
	fte	1.434	1.344	1.487

Financiering: opgevraagd bij RIVM

Personeel: Jaarverslag RIVM 2011, 2013 en 2015

Rathenau Instituut

Het RIVM bestaat uit twaalf centra en de Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's.⁸⁴ Elk centrum heeft zijn eigen hoofd. Die centra zijn actief op een breed scala aan expertisevelden die vallen onder de drie "kennisdomeinen"⁸⁵ (zie ook figuur 1). Zes "Chief Scientific Officers" zijn verantwoordelijk voor de lange termijn kennisborging op hun aandachtsgebied. Er werken in totaal 1.728 medewerkers bij het RIVM (1.487 fte).⁸⁶

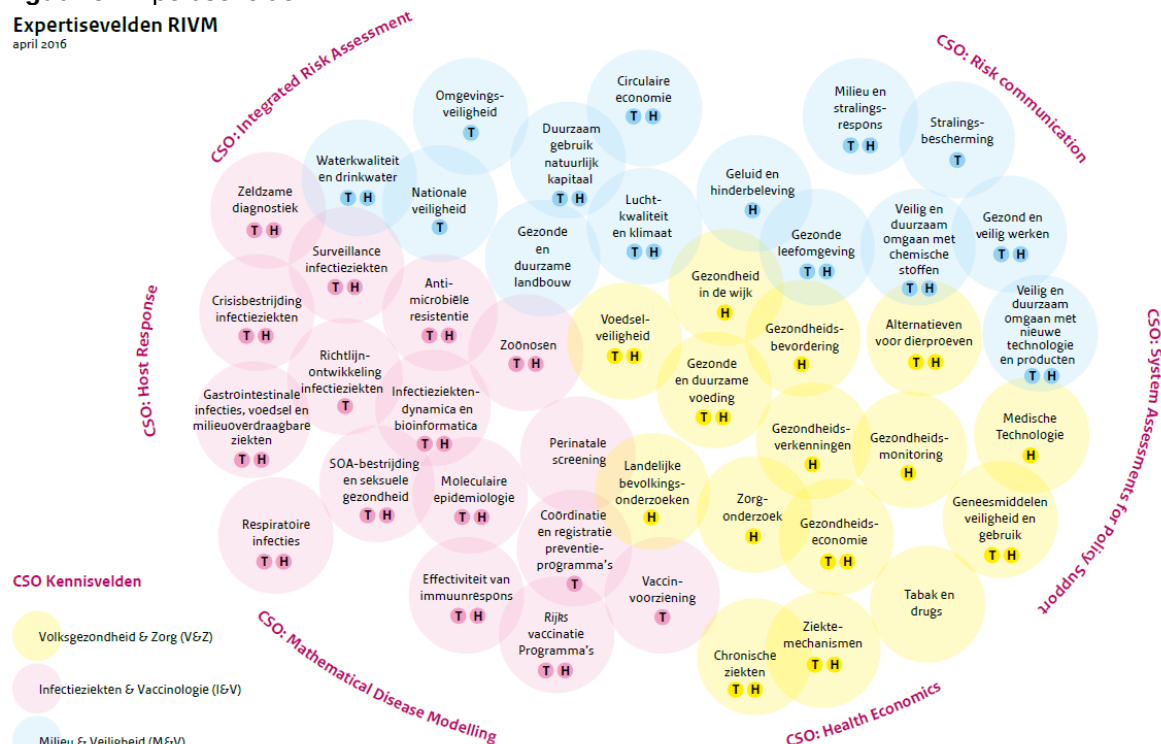
⁸⁴ RIVM, (2013). Zie ook: <http://www.rivm.nl/RIVM/Organisatie/Centra>.

⁸⁵ RIVM, 2013.

⁸⁶ Cijfers uit 2015. RIVM.(2016). *Jaarverslag 2015*. Online verkrijgbaar: <https://magazines.rivm.nl/2016/05/rivm-jaarverslag-2015/>.

Figuur 5. Expertisevelden RIVM**Expertisevelden RIVM**

april 2016



Bron: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2016), *Routekaart RIVM2020*, Bilthoven: RIVM, p.23.

Beleidsondersteunend onderzoek

De formele taak van het RIVM – zoals geformuleerd in de wet uit 1996 (art. 3.1) – richt zich vooral op het beleidsondersteunend onderzoek en de beleidsuitvoering:

“Het RIVM heeft, onverminderd het bepaalde bij of krachtens andere wetten, tot taak:

- Onderzoek te verrichten, dat is gericht op ondersteuning van de beleidsontwikkeling en de uitoefening van toezicht op het terrein van de volksgezondheid, het terrein van het milieu en het terrein van natuur, bos en landschap;
- Periodiek te rapporteren over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid en het milieu;
- Andere door Onze Minister op te dragen werkzaamheden uit te voeren.”

Om het beleid te ondersteunen, voert het RIVM veel onderzoek uit voor het ministerie van VWS en de daaraan gelieerde diensten, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Dit onderzoek kan bijvoorbeeld voortkomen uit opkomende vragen bij de ontwikkeling van beleid of uit Kamervragen. Wil je bijvoorbeeld bepalen of er een leeftijdslimiet voor het gebruik van de e-sigaret moet komen, dan is het van belang te weten of het gebruik van een e-sigaret schadelijke gevolgen heeft. Onderzoek kan het beleid ook evalueren. Zo onderzoekt het instituut de kosteneffectiviteit

van de infectieziektenbestrijding. Tot slot ondersteunt men het beleid ook door monitoring en toekomstverkenningen, zoals de VTV. Dit onderzoek kijkt naar (toekomstige ontwikkelingen in) de omvang van ziekte en gezondheid, gezondheidsdeterminanten, preventie en zorg. Dit stelt het beleid in staat te anticiperen op toekomstige ontwikkelingen.

Naast beleidsondersteuning speelt het RIVM ook een rol bij de uitvoering van het beleid. Zo is het RIVM de coördinator van het rijksvaccinatieprogramma. Dat houdt in dat het instituut de vaccins en andere benodigde materialen inkoopt, distribueert en toezicht houdt op de keten. Het houdt ook in dat het instituut kwaliteitseisen en richtlijnen opstelt voor die keten, evenals communicatiemateriaal over het rijksvaccinatieprogramma.⁸⁷ Hetzelfde gebeurt bij verschillende bevolkingsonderzoeken. Het RIVM is het enige hier besproken instituut dat een calamiteitenfunctie heeft, zoals de vier in het rapport *Verstand op Veilig* besproken publieke kennisorganisaties. Het instituut is verantwoordelijk voor de coördinatie en communicatie bij grote (landelijke) uitbraken van infectieziekten en onderzoek bij rampen waar mogelijk gevaarlijke stoffen vrijkomen. Ook speelt het een rol bij de controle van ons voedsel.

Van bovenstaande werkzaamheden van het RIVM profiteert niet alleen het ministerie van VWS. Het RIVM ondersteunt ook verschillende toezichthoudende organen, zoals de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en de Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT), bijvoorbeeld door nieuwe opsporingsmethoden te testen en veiligheidsstandaarden te verbeteren. Ook voor de professional uit de zorg speelt het RIVM een belangrijke rol. Zij zijn immers degenen die moeten handelen bij de uitbraak van een infectieziekte, die preventieprogramma's moeten implementeren en zich moeten voorbereiden om ook in de toekomst een goede behandeling te kunnen bieden aan hun patiënten en cliënten.

De zorgprofessional

Artsen, verpleegkundigen, medewerkers van de GGD, maar ook leraren en gemeenteambtenaren, allemaal spelen ze een rol bij het bewaken en bevorderen van de volksgezondheid. Ook voor hen is het belangrijk te weten met welke toekomstige ontwikkelingen zij rekening moeten houden, hoe ze kunnen handelen bij een calamiteit en welke preventieprogramma's het beste werken. Ze zijn een belangrijke doelgroep van de adviezen die het RIVM uitbrengt en de richtlijnen die worden geproduceerd. Verder ondersteunt het RIVM de professional (en via de professional de burger) door het onderzoek dat men uitvoert, het beschikbaar stellen van kennis over bijvoorbeeld werkzame interventies en het geven van voorlichting.

Een goed voorbeeld van het borgen en beschikbaar stellen van kennis aan professionals en andere geïnteresseerden is het RIVM Centrum Gezond Leven. Op de website www.loketgezondleven.nl is een overzicht te vinden van erkende leefstijlinterventies. De handreiking gezonde gemeente helpt gemeenten aan de slag te gaan met gezondheidsbevordering. De handleiding gezonde school doet hetzelfde voor scholen. De informatie op de website is niet exclusief afkomstig van het RIVM, maar komt van de verschillende deelnemende, vaak thematisch georganiseerde kennisinstellingen. Daaronder vallen bijvoorbeeld in deze studie opgenomen publieke kennisorganisaties zoals het

⁸⁷ Zie: {www.rijksvaccinatieprogramma.nl/Over_Rijksvaccinatieprogramma}

Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut, maar ook minder op onderzoek gerichte instellingen zoals het Voedingscentrum en het Rutgers. Een ander voorbeeld is het KIR-nano: Kennis- en Informatiepunt risico's van nanotechnologie. Hier kunnen "kennisinstituten, overheden en brancheorganisaties" terecht met hun vragen over nanotechnologie.⁸⁸

Voor professionals ontwikkelt het RIVM ook tools zoals richtlijnen, die zij kunnen gebruiken in hun werk. Op het gebied van voedsel, bijvoorbeeld, werkt het RIVM aan de ontwikkeling van voedselveiligheidsstandaarden. Deze worden door bijvoorbeeld de NWWA gebruikt.

Het RIVM ontwikkelt veel voorlichtingsmateriaal zoals filmpjes, websites, folders en apps. Zowel patiënt als professional kunnen hier gebruik van maken. Zo informeert de website van het RIVM via tekst en filmpjes over verschillende aandoeningen en bedreigingen voor de volksgezondheid. Je leest er bijvoorbeeld hoe een teek te verwijderen, wat te doen bij extreme hitte en hoe om te gaan met het gebruik van antibiotica en het gevaar van antibioticaresistentie. Een ander voorbeeld is de 'Ik heb last app', waarin mensen aan kunnen geven waar en wanneer zij last hebben van luchtwegproblemen. Door die meldingen te koppelen aan omstandigheden kan op persoonlijk niveau worden voorspeld waarvoor en in welke mate iemand gevoelig is. Het RIVM kan deze informatie dan weer gebruiken voor het identificeren van de oorzaken van luchtwegaandoeningen. Professionals kunnen het ontwikkelde voorlichtingsmateriaal gebruiken bij de behandeling en het informeren van hun patiënten. Zo informeert de website www.rijksvaccinatieprogramma.nl ouders over het rijksvaccinatieprogramma.⁸⁹

⁸⁸ Zie: { <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/N/Nanotechnologie>}

⁸⁹ Zie: <http://ikheblastapp.nl>

Bijlage B: het NIVEL

Heerst er in Nederland een griep epidemie? Wanneer dit zo is, kondigt men dit aan op het nieuws. Voor de gegevens op basis waarvan het bestaan van een griep epidemie wordt vastgesteld, moeten we bij het NIVEL zijn. Sinds 1970 houdt dit instituut bij hoe veel mensen er met griepachtige klachten bij de dokter komen. Hiervoor gebruikt het zogeheten 'peilstations': 40 huisartsenpraktijken met daarin 57 huisartsen.⁹⁰ Deze huisartsen rapporteren wekelijks – onder andere – hoeveel mensen er met griepachtige symptomen in hun praktijk zijn gekomen. Op basis van deze gegevens brengt het NIVEL wekelijks een surveillancerapport uit en kan worden bepaald of er sprake is van een epidemie. Bij enkele praktijken worden monsters afgenomen bij de patiënten, die door het RIVM worden geanalyseerd op de aanwezigheid van virussen.

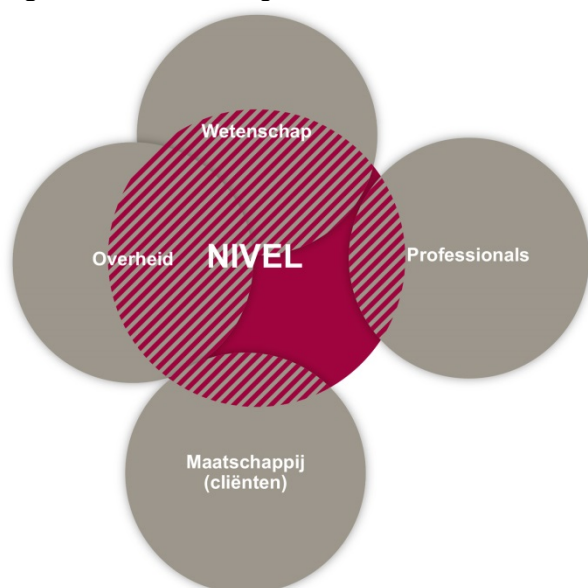
Dit verzamelen van data en monitoren van de prevalentie van ziekten is typerend voor het werk van het NIVEL. Op basis van gegevens verzameld bij huisartsen, eerstelijnspsychologen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten, logopedisten en apotheken⁹¹ (de zogeheten 'eerstelijns' in de gezondheidszorg⁹²) registreert het instituut welke gezondheidsproblemen er zijn en van welke zorg de Nederlandse bevolking gebruik maakt. Daarnaast beheert het NIVEL zes nationale panels en drie databases (waaronder de hierboven omschreven 'Zorgregistraties eerstelijns').⁹³ De data met deze data-infrastructuur verzameld, vormt de basis voor veel van het onderzoek dat het NIVEL uitvoert, waaronder verschillende monitoringsstudies.

⁹⁰ Op 7 april 2016. Zie: <http://www.nivel.nl/nieuws/griep-epidemie-2016-ten-einde>

⁹¹ Zie: <https://www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns>

⁹² De eerstelijns verwijst naar hulp die rechtstreeks, zonder verwijzing, toegankelijk is.

⁹³ NIVEL, 2014, *Onderzoeksprogramma 2014-2017*, Utrecht: NIVEL

Figuur 6. Positionering NIVEL

Organisatie

Het NIVEL is in 1965 opgericht door het Nederlands Huisartsen Genootschap als 'het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI)'. De taak van het instituut bij oprichting was om het functioneren van de huisarts te onderzoeken, en het adequaat functioneren van de huisarts binnen het geheel van de gezondheidszorg te bevorderen.⁹⁴ Dit moest gebeuren door onderzoek. De resultaten daarvan moesten middels scholing aan de huisartsen worden overgedragen. In 1985 werd het NHI onafhankelijk en ging het instituut verder als het NIVEL: het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg. In 1995 werd het werkterrein verbreed naar de gehele curatieve zorg.⁹⁵ De naam werd aangepast – naar Nederlands Instituut voor onderzoek van de Gezondheidszorg – maar de afkorting werd behouden.

De huidige doelstelling van het NIVEL is “het verwerven en verspreiden van kennis en inzicht over structuur en functioneren van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, mede in relatie tot andere maatschappelijke sectoren. Daarbij oriënteert zij zich zowel op de zorgvragers als op zorgaanbieders en landelijke beleidsorganen.”⁹⁶ Met dit zogeheten gezondheidszorgonderzoek bekijkt de organisatie hoe de gezondheidszorg functioneert en onderzoekt alle aspecten die daarop van invloed kunnen zijn, van het gedrag van de patiënt tot aan de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg. Is die patiënt wel de zelfredzame, bewuste keuzes makende burger waar het zorgbeleid zich steeds meer op richt? Van welke zorg maken mensen gebruik? Hoe passen zorgverleners zich aan de veranderende eisen van hun werk aan? Welke factoren maken preventie succesvol? Hoe houden we de kosten van de zorg beheersbaar? Wat zijn de effecten van de ingevoerde decentralisaties?

⁹⁴ Es, J.C. van (1965), Het Nederlands Huisartsen Instituut. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 109:1.8.

⁹⁵ NIVEL, 2011, *onderzoeksprogramma 2011-2014*, Utrecht: NIVEL

⁹⁶ Statuten NIVEL, art. 2.1. Tevens geciteerd in: NIVEL, 2011, *Onderzoeksprogramma 2011-2014*, p. 9

Het NIVEL is een onafhankelijke stichting. Het ontvangt een instellingssubsidie van het ministerie van VWS. In 2015 had het NIVEL € 12,2 miljoen aan inkomsten, waarvan € 5,8 miljoen afkomstig was van de instellingssubsidie. Over dat deel van de inkomsten worden afspraken gemaakt met VWS. Dit geld is grotendeels voor het beheer van de diverse panels, monitors en databases. Daarnaast zet men het budget in voor strategisch onderzoek en wordt samen met het ministerie een meerjarige agenda met onderzoeksprioriteiten vastgesteld.⁹⁷ Ook houdt het NIVEL voor zijn onderzoeksprogramma consultatierondes met verschillende stakeholders zoals zorgverzekeraars, zorgverleners, beroeps-, en patiënten- en consumentenorganisaties.⁹⁸

Daarnaast werkt het NIVEL in opdracht voor bijvoorbeeld stichtingen, gezondheidsfondsen of zorgverzekeraars. Vaak gaat het daarbij om beleidsproblemen op organisatieniveau. Tot slot worden onderzoekssubsidies binnengehaald via bijvoorbeeld ZonMW of de Europese Unie.⁹⁹ Er zijn in 2015 134 FTE werkzaam bij het NIVEL.

Tabel 5 Kerngetallen NIVEL

Kerngetallen NIVEL				
		2011	2013	2015
Inkomsten (x 1.000)	Institutionele financiering	6.064	5.093	5.835
	Projectfinanciering	10.235	11.036	6.407
	Totaal	16.299	16.129	12.242
Personeel	Aantal	208	215	177
	fte	160	164	134

Opgevraagd bij NIVEL.

Rathenau Instituut

Beleidsondersteunend onderzoek

Het onderzoek dat het NIVEL doet is altijd beleidsgericht: problemen uit het gezondheidszorgveld en -beleid, nu en in de toekomst, liggen eraan ten grondslag.

De organisatie dient het beleid door het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, documentatieactiviteiten, het beheren en ontwikkelen van databases en kennisverspreiding naar relevante gebruikersgroepen.¹⁰⁰

⁹⁷ Prins, n.d.

⁹⁸ Ibid.

⁹⁹ Ibid.

Veel van het onderzoek dat het NIVEL doet, is gebaseerd op de panels en databases die het instituut beheert. Deze nationale data-infrastructuur gebruikt het NIVEL ook om meerdere monitors uit te brengen. De participatiemonitor, bijvoorbeeld, onderzoekt hoe mensen met verschillende beperkingen en ouderen participeren in de samenleving. De gegevens hiervoor worden verzameld bij drie van de door het NIVEL beheerde panels: het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, het Panel Samen Leven en het Consumentenpanel Gezondheidszorg. De Vraag en Aanbod Analyse Monitor schat het vraag en aanbod van eerstelijnszorg in. De Zorgregistraties Eerstelijns houden bij welke gezondheidsproblemen er spelen en van welke zorg Nederlanders gebruik maken. Daarvoor worden gegevens verzameld bij 1.471 praktijken uit de eerstelijnszorg.¹⁰¹

Deze gegevens kunnen door de overheid gebruikt worden om het beleid te monitoren en te evalueren, maar ook om ontwikkelingen in de samenleving bij te houden. Data van het NIVEL komen ook terecht op de websites van het RIVM en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Zo gebruikt het RIVM de gegevens van de eerdergenoemde peilstations om een griep epidemie vast te stellen.

De zorgprofessional

Het NIVEL zou zijn werk niet kunnen doen zonder de data-infrastructuur die het instituut beheert. Die data-infrastructuur zou niet kunnen bestaan zonder de vele professionals uit de zorg die daaraan bijdragen door gegevens te monitoren. Bovendien is het instituut door professionals opgericht.

Anders dan de andere drie hier besproken publieke kennisorganisaties heeft het NIVEL geen taken op het gebied van voorlichting of professionele ondersteuning door bijvoorbeeld het uitgeven van richtlijnen. Hoewel het NIVEL geen specifieke instrumenten heeft voor de verspreiding van kennis, is het delen van kennis wel een belangrijk doel van de organisatie. Dit betekent dat de rapporten die het NIVEL maakt beschikbaar zijn via hun website. Ook worden symposia georganiseerd waarvoor verschillende stakeholders worden uitgenodigd.¹⁰² Daarnaast maakt het NIVEL sinds een aantal jaar overzichtsstudies¹⁰³: rapportages waarin men de beschikbare kennis over een specifiek onderwerp bruikbaar presenteert. Ook kunnen derden tegen betaling gebruik maken van de gegevens van het NIVEL om hun eigen onderzoeksvragen te beantwoorden.

Het NIVEL houdt zich – anders dan de andere drie – niet bezig met de ontwikkeling van richtlijnen of de implementatie van onderzoeksresultaten. Wel evalueert het NIVEL richtlijnen, doet het onderzoek naar HR-beleid in de zorg en onderzoekt het hoe het intern functioneren van zorgorganisaties verbeterd kan worden. De organisaties uit de zorg vormen zo een belangrijke doelgroep van het NIVEL en het instituut werkt dan ook in opdracht voor deze organisaties. Daarbij worden de professionals en hun organisaties ook betrokken bij de onderzoeksprogrammering en zijn een belangrijke doelgroep bij de kennisverspreiding.¹⁰⁴ De panels en databases van het NIVEL,

¹⁰¹ Zie <http://www.nivel.nl/nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijns>

¹⁰² Interview P. Groenewegen en R. Coppen, NIVEL, 07-09-2015

¹⁰³ NIVEL, 2014, *Onderzoeksprogramma 2014-2017*, Utrecht: NIVEL

¹⁰⁴ Prins, n.d.

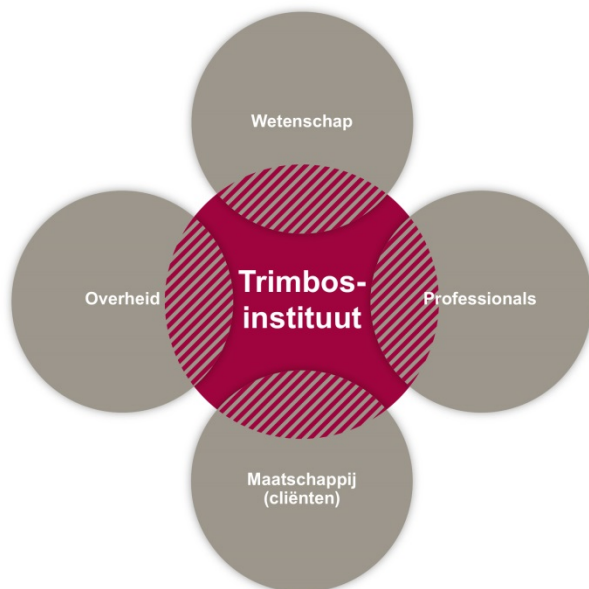
bijvoorbeeld, worden in samenwerking met de partners en financiers ontwikkeld. Via die panels en databases kunnen stakeholders soms ook deelnemen aan het onderzoek, bijvoorbeeld door een voorstel voor enquêtevragen te doen.¹⁰⁵

¹⁰⁵ Prins, n.d.

Bijlage C: het Trimbos-instituut

Drink ik te veel alcohol? Hoe kan ik stoppen met roken? Met deze vragen kun je als burger terecht bij het Trimbos-instituut, dat de beheerder is van de alcohol-, drugs- en roken-infolijn en bijbehorende websites. Tegenwoordig is daar ook een infolijn over gamen en een website over mentale vitaliteit aan toegevoegd. Als je psycholoog of hulpverlener bent, ken je het Trimbos-instituut waarschijnlijk van de behandelrichtlijnen en protocollen die het instituut maakt en de gegeven cursussen. Het Trimbos-instituut doet wetenschappelijk onderzoek, ontwikkelt nieuwe behandelmethoden, geeft cursussen en licht het publiek voor over geestelijke gezondheid, middelengebruik en verslaving. Op basis van hun kennis kan ook individueel advies worden opgevraagd.

Figuur 7. Positionering Trimbos-instituut



Organisatie

Het Trimbos-instituut is in 1996 ontstaan uit een fusie van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv) en het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs (NIAD). In 2013 zijn de activiteiten voor tabaksontmoediging overgeheveld van Stivoro naar het Trimbos-instituut. In 2014 verhuisde het Expertisecentrum handhaving Drank- en Horecawet van de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit naar het Trimbos-instituut. Daarmee is alle kennis voor de preventie van (overmatig) gebruik van alcohol, drugs en tabak gebundeld.

Het onderzoek van het Trimbos-instituut richt zich op vraagstukken rondom geestelijke gezondheid, middelengebruik en verslaving. Er zijn vijf kernthema's: alcohol, drugs, tabak, veelvoorkomende psychische stoornissen en ernstige psychische aandoeningen. Sinds kort is er op het gebied van verslaving meer aandacht voor gamen, met een eigen website en informatielijn. Op al deze

terreinen houdt het Trimbos-instituut zich bezig met de signalering van verslaving of geestelijke aandoeningen en met de behandeling en preventie daarvan. Ook kijkt het instituut naar de organisatie van de zorg op deze gebieden.

Het Trimbos-instituut is een onafhankelijke stichting en ontvangt een instellingssubsidie van het ministerie van VWS. In 2015 had het instituut € 16,9 miljoen aan inkomsten, waarvan € 8,1 miljoen afkomstig was van VWS. Die instellingssubsidie is gekoppeld aan specifieke thema's. Daarover worden met het ministerie afspraken gemaakt die zijn gebaseerd op zowel de beleidscontext als wat het Trimbos signaleert bij en met partners in het veld. Daarnaast haalt het instituut onderzoekssubsidies binnen bij bijvoorbeeld de Europese Unie en ZonMW. Ook werkt men in opdracht van private partijen, zoals GGz-instellingen en zorgverzekeraars. Dit gebeurt bijvoorbeeld op het terrein van e-health, wat geen onderwerp van regulier overleg met het ministerie is.¹⁰⁶ De personele omvang van het instituut is 159 fte in 2015.

Tabel 6 Kerngetallen Trimbos-instituut

Kerngetallen Trimbos-instituut				
		2011	2013	2015
Inkomsten (x 1.000)	Institutionele financiering	4.924	7.567	8.108
	Projectfinanciering	16.249	9.405	7.950
	Overige inkomsten	662	924	641
	Totaal	21.835	17.895	16.699
Personeel	Aantal	220	201	n.b.
	fte	180	163	159

Jaarrekeningen Trimbos-instituut 2011, 2013 en 2015

Rathenau Instituut

Beleidsondersteunend onderzoek

Voor het beleid speelt het Trimbos-instituut een rol die vergelijkbaar is met het NIVEL: het geven van beleidsadvies, het evalueren van beleid en het uitvoeren van monitoringsstudies. Twee van de bekendste monitors van het Trimbos-instituut zijn het 'Drugs Informatie Monitoring Systeem (DIMS)' en de 'Netherlands Mental Health Study and Incidence Survey (NEMESIS)'.¹⁰⁷ De eerste monitort ontwikkelingen in de Nederlandse drugsmarkt. Daarbij gaat het zowel om de samenstelling en kwaliteit van de middelen als het signaleren van nieuwe middelen. Ook kan het DIMS centrum snel handelen indien gevaarlijke stoffen worden geconstateerd. NEMESIS levert basisinformatie over (veranderingen in) de geestelijke gezondheid van en het gebruik van alcohol, drugs en tabak door de Nederlandse (volwassen) bevolking. Zowel voor de rijksoverheid als voor de gemeenten onderzoekt het Trimbos-instituut de organisatie en doelmatigheid van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) en de verslavingszorg.

¹⁰⁶ Interview Trimbos-instituut, 14-09-2015

¹⁰⁷ De studie die nu loopt is de tweede in een reeks en heet daarom NEMESIS-2.

De zorgprofessional

Voor de zorgprofessional speelt het Trimbos-instituut verschillende rollen. Het Trimbos-instituut ondersteunt de professional – zowel uit de geestelijke gezondheidszorg als de politieagent, gemeenteambtenaar en leraar – op vier manieren: door het aanbieden van training, het ontwikkelen en implementeren van preventiemaatregelen, het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden en het bevorderen van de uitwisseling van kennis tussen individuen en organisaties op lokaal en internationaal niveau.

Men geeft training aan professionals uit de zorg, maar ook aan andere professionals die met verslaving en geestelijke gezondheidsproblemen te maken kunnen krijgen. Preventiemaatregelen worden vooral ontwikkeld voor alcohol, drugs en tabak. Wellicht de bekendste preventiemaatregel is ‘Stoptober’. Dit is een initiatief van onder andere het Trimbos-instituut¹⁰⁸, waarin rokers worden aangemoedigd om in de maand oktober te stoppen met roken.

Kwaliteitsstandaarden richten zich vooral op de zorg. Het instituut onderzoekt, ontwikkelt, implementeert en evalueert richtlijnen, protocollen, zorgstandaarden en handreikingen. Deze instrumenten geven bijvoorbeeld aan welke stappen ondernomen moeten worden bij een behandeling en welke opties er zijn. Ze worden gebruikt bij de behandeling van cliënten in de geestelijke en verslavingszorg. Ook worden e-health interventies ontwikkeld. Het Trimbos-instituut ondersteunt professionals ook bij de implementatie van deze instrumenten. Zo kan het instituut voor zorgorganisaties de algemene richtlijnen en protocollen naar de dagelijkse praktijk vertalen. Ook helpt het instituut gemeenten bij de implementatie van de drank- en horecawet, door bijvoorbeeld een model preventie- en handavingsplan¹⁰⁹, en ondersteunt huisartsen bij het gebruik van e-health modules.

Tot slot speelt het Trimbos een belangrijke en zichtbare rol bij de publieksvoorlichting rondom alcohol, drugs, tabak en mentale gezondheid. Het Trimbos-instituut beheert de informatiewebsites en bijbehorende telefoonlijnen over alcohol, drugs, roken en gamen.¹¹⁰ Deze websites bevatten informatie voor zowel de (mogelijk) verslaafden als hun omgeving. De websites bevatten cijfers, tips voor zelfhulp en tips om met risicogroepen zoals jongeren om te gaan. Daarnaast bevatten de websites ook een deel met informatie voor professionals. Hoe kunnen zij deze websites en de gegevens erop in de praktijk gebruiken? Over geestelijke gezondheid is er de website www.mentaalvitaal.nl. Daarop staat uitleg, tips, en de mogelijkheid om de eigen mentale fitheid te testen en (e-health) tools om deze te verbeteren. De site verwijst ook door naar tools en tips van andere organisaties. Deze kunnen ook door huisartsen worden ingezet. Daarnaast zijn er nog thematische websites gerelateerd aan specifieke projecten of onderwerpen.¹¹¹

¹⁰⁸ Het initiatief wordt mede ondersteund door het ministerie van VWS, KWF Kankerbestrijding, Alliantie Nederland Rookvrij, de Hartstichting, GGD en het Longfonds.

¹⁰⁹ Kamerstukken II 2014/15, 27 565, nr.128: *Alcoholbeleid, brief van de staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport*

¹¹⁰ www.alcoholinfo.nl, www.drugsinfo.nl, www.rokeninfo.nl, www.gameninfo.nl

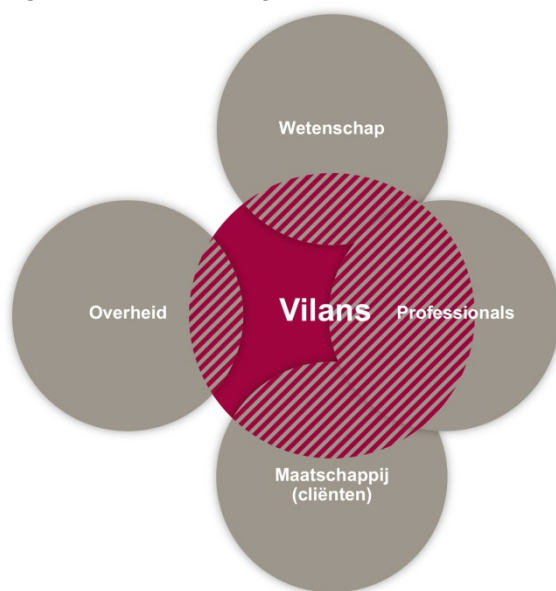
¹¹¹ Bijvoorbeeld www.verslaafdaanjou.nl, een samenwerking met stichting Coke van jou. Deze website ondersteunt de naasten van verslaafden.

Bijlage D: Vilans

In februari 2016 laat de gezonde Henk Nies, lid van de Raad van Bestuur van Vilans, zich 72 uur lang opnemen in een verpleeghuis.¹¹² Hij wil ervaren hoe het is om afhankelijk te zijn en daar te zitten. Het past bij het werk dat Vilans doet, de organisatie waarvan hij mede het dagelijks bestuur vormt. Vilans houdt zich bezig met vraagstukken rondom de langdurende zorg. De organisatie doet wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek naar vragen zoals: hoe houden we de kwaliteit van leven van mensen die langdurende zorg nodig hebben zo hoog mogelijk? Hoe stellen we de wensen van de cliënt centraal? Hoe verbeteren we de werksituatie van de zorgprofessional? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen? De vijf thema's die centraal staan zijn: persoonsgerichte zorg, vernieuwend leren en ontwikkelen voor zorgmedewerkers, kwaliteit en doelmatigheid, lokaal organiseren en technologie.¹¹³

Vilans richt zich op de professional: de verpleger, de verzekeraar, en de gemeenteambtenaar. Het onderzoek dat Vilans doet, de producten die de organisatie ontwikkelt en de platformen voor kennisuitwisseling die Vilans biedt, moeten de professional ondersteunen in zijn werkzaamheden en handvaten geven om deze te verbeteren. Daardoor kunnen zij uiteindelijk de cliënten, maar ook mantelzorgers en vrijwilligers beter ondersteunen.

Figuur 8. Positionering Vilans



¹¹² Targhi Bakkali, H, 2016, *Een zorgprofessor liet zich 72 uur opnemen in een verpleeghuis. Dit is wat hij leerde* (<https://decorrespondent.nl/4272/Een-zorgprofessor-liet-zich-72-uur-lang-opnemen-in-een-verpleeghuis-Dit-is-wat-hij-leerde/309882447072-a03bbc69>)

¹¹³ Vilans, 2016

Organisatie

Vilans is een van de drie organisaties die in 2007 zijn voortgekomen uit het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn. NIZW zorg fuseerde samen met drie andere stichtingen tot het huidige Vilans.¹¹⁴ Vilans onderzoekt de organisatie en de kwaliteit van de langdurende zorg: de ouderenzorg, chronische zorg dicht bij huis en zorg voor mensen met een beperking. Het gaat daarbij om de verbetering van diensten en organisatie in de zorg, de kwaliteit van leven voor cliënten en de ondersteuning van professionals bij het uitvoeren van hun taken en het aanpassen aan veranderingen.

Het onderzoek dat Vilans doet is praktijkgericht. Dat betekent dat Vilans naast de inzichten die voortkomen uit wetenschappelijk onderzoek ook gebruik maakt van de kennis die professionals, als ervaringsdeskundige, in de praktijk opdoen. Kennis uit beide bronnen gebruikt Vilans in het eigen onderzoek en voor de oplossingen die de organisatie ontwikkelt, en deze wordt via een uitgebreide kennisinfrastructuur gedeeld met professionals. Vilans omschrijft haar werkwijze zelf via het kennislemniscaat, zoals weergegeven in figuur 2.

Veel projecten van Vilans vinden ook plaats in samenwerking met partners uit wetenschap, beleid en praktijk. Naast onderzoek speelt de implementatie van de opgedane inzichten in de praktijk een belangrijke rol. Van de 148 fte werkzaam bij Vilans is ongeveer 20-25 fte bezig met onderzoek. De rest is gericht op de andere activiteiten: kennisverspreiding, advies en implementatie.¹¹⁵

¹¹⁴ De Stichting kwaliteits- en Bruikbaarheidsonderzoek van Hulpmiddelen voor gehandicapten en ouderen (KBOH), het Kenniscentrum voor revalidatie en handicap (iRv) en het Kwaliteitsinstituut voor Toegepaste Thuiszorgvernieuwing (KITTZ).

¹¹⁵ Interview A. Versteegden, Vilans, 24-09-2015

Figuur 9. Kennislemniscaat

Bron: Vilans, 2016, *Werkprogramma 2016, Kennis met betekenis en perspectief*, Utrecht: Vilans, p.10

Vilans is een onafhankelijke stichting en ontvangt een instellingssubsidie van het ministerie van VWS, € 5,1 miljoen in 2015. Deze subsidie gebruikt men zowel voor onderhoud van de "kennisnetwerkstructuur"¹¹⁶ van Vilans, bestaande uit bijvoorbeeld de kennispleinen en databanken die Vilans beheert, als voor de uitvoering van projecten. Dit werkprogramma wordt afgestemd met verschillende directies binnen het ministerie van VWS en andere kennisorganisaties rond het werkterrein van Vilans, waaronder het Trimbos-instituut en het NIVEL.¹¹⁷ Ook wordt gesproken met vertegenwoordigers van zorgorganisaties en verschillende cliënt- en brancheorganisaties, en kijkt de Programmaraad naar het werkprogramma.

In 2017 is een deel van het programma ingevuld met inbreng uit het veld: cliënten, zorgmedewerkers, mantelzorgers en bestuurders.¹¹⁸ In gesprekken met zorgmedewerkers, met studenten en in stakeholderbijeenkomsten, zijn ambities geformuleerd waar aan gewerkt gaat worden, van het verminderen van bureaucratie in de zorg tot het beter omgaan met de toenemende diversiteit van cliënten en verzorgenden.¹¹⁹ Vervolgens zijn via een online en offline inventarisatie vraagstukken opgesteld, waaruit een selectie is gemaakt en de ambities aangescherpt.

Tot slot neemt Vilans deel aan verschillende ZonMW-programma's, en werkt het instituut als onderzoeker en adviseur voor bijvoorbeeld gemeenten, zorgorganisaties en zorgverzekeraars.

¹¹⁶ Vilans, 2016

¹¹⁷ Vilans, 2016

¹¹⁸ Vilans, 2017

¹¹⁹ Vilans, 2017

Tabel 7 Kerngetallen Vilans

Kerngetallen Vilans				
		2011	2013	2015
Inkomsten (x 1.000)	Institutionele financiering	6.324	5.253	5.158
	Projectfinanciering	20.804	25.873	25.840
	Overig	1.667	1.548	2.357
	Totaal	28.796	32.673	33.354
Personeel	Aantal	157	156	169
	fte	125	121	148

Jaarverslagen Vilans 2011, 2013 en 2015

Rathenau Instituut

Beleidsondersteunend Onderzoek

Vilans heeft de opdracht kennis over de langdurende zorg te “verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden”.¹²⁰ Dat doet Vilans door drie activiteiten: onderzoek en innovatie, advies en implementatie en het ontwikkelen en delen van kennis. De focus van de uitkomsten van dit onderzoek ligt vrijwel altijd op het veld. Het ministerie van VWS speelt wel een belangrijke rol bij de totstandkoming van de programmering.

Voor de instellingssubsidie die Vilans van het ministerie van VWS ontvangt, wordt jaarlijks een werkprogramma opgesteld. De basis voor dit werkprogramma ligt onder andere in de kennisagenda en plannen van het ministerie van VWS en de onderwerpen die leven in de Tweede Kamer.¹²¹ Daarbij ligt de focus bij programmering ook steeds sterker op het veld en de problemen die spelen in de langdurige zorgsector. Bij Vilans zien we dus een vrij sterke gerichtheid op het veld die het ministerie mede ondersteunt. Directe beleidsondersteuning van het ministerie speelt bij Vilans een minder grote rol.

De zorgprofessional

Vilans richt zich op zorgonderwijs, zorgorganisaties, gemeenten en zorgverzekeraars en de professionals binnen die organisaties. Deze groepen ondersteunen zij door het ontwikkelen van nieuwe producten zoals lesmodules en protocollen voor in de praktijk, het ondersteunen bij de implementatie van kennis op lokaal niveau en het “verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden” van kennis.¹²²

¹²⁰ Kamerstukken II 2005-06, nr. 31 031 XVI: *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006*

¹²¹ Vilans, 2016

¹²² Kamerstukken II 2005-06, nr. 31 031 XVI: *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2006*; Vilans, 2015, *Werkprogramma 2016, kennis met betekenis en perspectief*, Utrecht: Vilans

Een voorbeeld van een product dat Vilans ontwikkelt, zijn de Vilans KICK-protocollen. Deze protocollen – het zijn er inmiddels ongeveer 500 – omschrijven hoe handelingen in de langdurende zorg uitgevoerd moeten worden. Vilans ontwikkelt deze protocollen, houdt ze actueel (gebaseerd op recente kennis) en beheert ze. Zorgorganisaties kunnen door lid te worden toegang krijgen tot de KICK-protocollen. Ruim 400 organisaties hebben dat op dit moment gedaan.¹²³ Vilans ondersteunt professionals ook met onderzoek en advies op maat.

Voor het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis heeft Vilans wat de organisatie zelf een “kennisnetwerkstructuur” noemt. Deze bestaat naast de eigen website uit Kennispleinen, de Databank effectieve interventies en de hulpmiddelenwijzer. Via deze infrastructuur kunnen professionals en hun organisaties kennis vinden, van elkaar leren en wordt de ontwikkeling van nieuwe kennis/ praktisch toepasbaar maken van bestaande kennis gestimuleerd.

Kennispleinen zijn interactieve websites gericht rondom één onderwerp, waarop beschikbare kennis rondom dat onderwerp gebundeld wordt en professionals deze met elkaar kunnen delen. Op het kennisplein ‘Zorg voor Beter’¹²⁴, bijvoorbeeld, een initiatief van Vilans samen met Actiz, ZonMW en V&VN, wordt beschikbare kennis rondom de ouderenzorg gepresenteerd. Kennispleinen brengen professionals samen om kennis te delen en samen te creëren, zowel virtueel als fysiek (door het organiseren van bijeenkomsten). In de Databank effectieve interventies zijn goed onderbouwde en door een commissie erkende effectieve interventies te vinden die kunnen worden toegepast. In het Erkenningstraject effectieve interventies worden interventies getoetst door een onafhankelijke commissie en indien ze goed onderbouwd zijn opgenomen in de database. De hulpmiddelenwijzer geeft informatie over beschikbare hulpmiddelen en technologie.

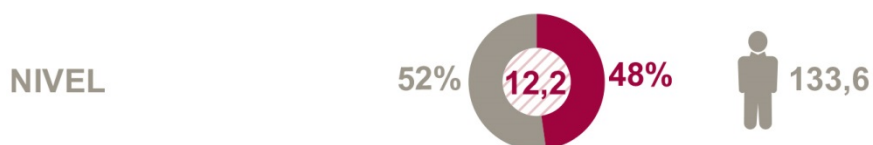
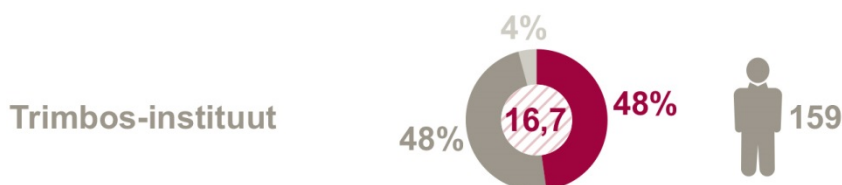
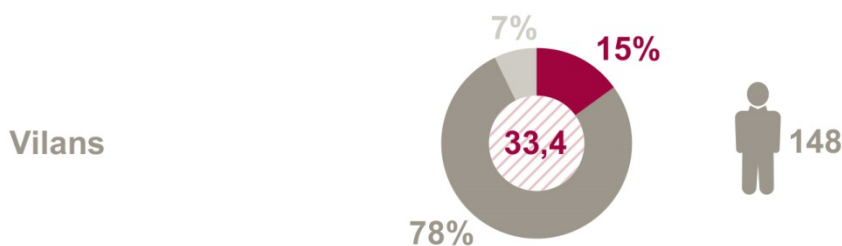
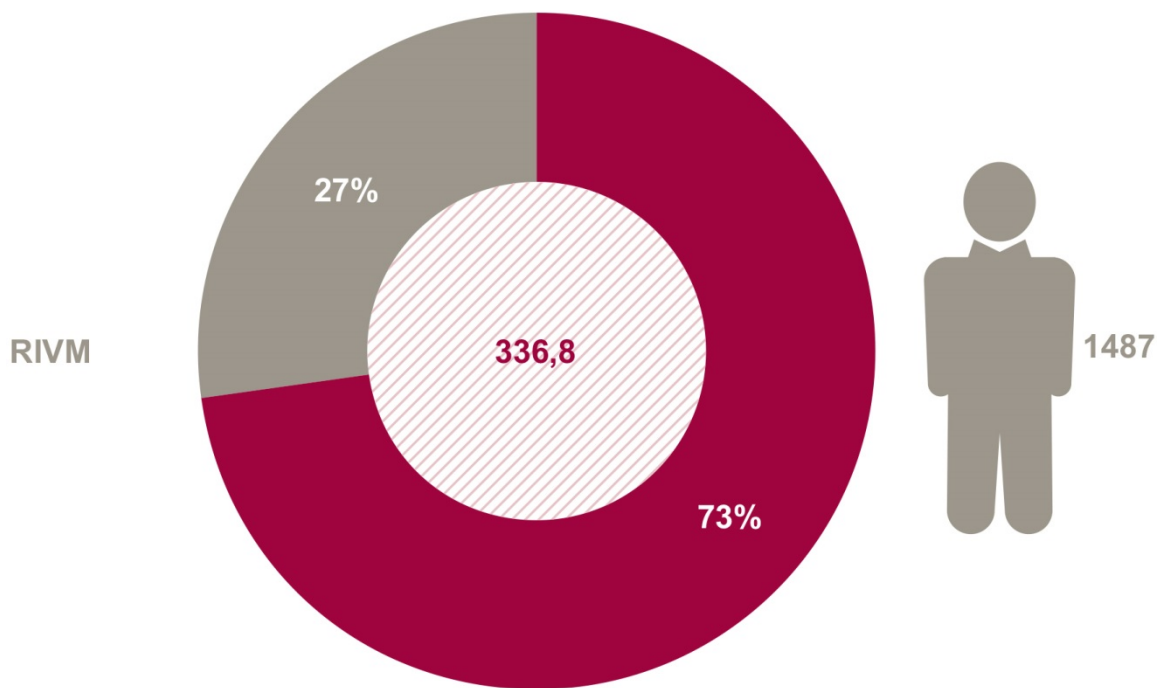
Tot slot richt Vilans zich voor een belangrijk deel op het ondersteunen van zorgorganisaties bij de implementatie van nieuwe werkwijzen, doelen of organisatieveranderingen. Binnen het programma *‘Waardigheid en Trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen’* van staatssecretaris Van Rijn, bijvoorbeeld, ondersteunt Vilans de zorgorganisaties bij het uitvoeren van de plannen die door het programma zijn gehonoreerd en bij het delen en verspreiden van de kennis die wordt opgedaan. Ook ondersteunt Vilans binnen dit programma 30 verpleeghuizen met urgente kwaliteitsproblemen.¹²⁵

¹²³ Zie: <http://www.vilans.nl/thema-vilans-kick-protocollen-online-abonnement.html>, geraadpleegd op 24-05-2017

¹²⁴ www.zorgvoorbeter.nl

¹²⁵ Vilans, 2016

Overzicht kerngegevens



- Institutionele financiering
- Projectfinanciering
- Overige financiering
- ▨ Inkomsten 2015 in m€
- 👤 Aantal FTE werkzaam in 2015

Bron: jaarverslagen
 Trimbos-instituut,
 data opgevraagd bij
 RIVM, Vilans & Nivel



Het **Rathenau instituut** stimuleert de publieke en politieke meningsvorming over de maatschappelijke aspecten van wetenschap en technologie. We doen onderzoek en organiseren het debat over wetenschap, innovatie en nieuwe technologieën.

Rathenau Instituut

Onderzoek & dialoog | Wetenschap, technologie en innovatie