

Alle aandacht naar implementatie

Evaluatie van de kennisinfrastructuur
langdurige zorg

Datum

12 november 2021

Opdrachtgever

Zorginstituut Nederland

Onderzoeksteam

Alette van Dijk
Annemiek de Nooijer
Irene Niessen
Lauren Kerkhof
Mischa Buter
Samuel Verpalen
Wibout Dragt

/ Inhoud

/ 1	Inleiding	4
/ 2	De huidige kennisinfrastructuur	7
/ 3	Veranderstrategie in een sector onder druk	12
/ 4	De toekomstige kennisinfrastructuur	15
4.1	Ontwikkelrichting 1: creëren van een context waarbinnen ruimte is voor kennisontwikkeling	15
4.2	Ontwikkelrichting 2: benutten en waarderen van practice-based evidence	18
4.3	Ontwikkelrichting 3: beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis voor zorgprofessionals	20
4.4	Ontwikkelrichting 4: betere aansluiting met het onderwijs	24
4.5	Ontwikkelrichting 5: cliënten- en naastenparticipatie in de kenniscyclus	26
4.6	De ontwikkelrichtingen vragen ook aanpassingen in de andere onderdelen van de kenniscyclus	28
/ 5	Monitoring	31
/ 6	Governance	34
/ 7	Conclusies en adviezen	42
	Bijlagen	45
/ A	Werkwijze en gesproken partijen	46
/ B	Stand van zaken huidige en gewenste kennisinfrastructuur	48
/ C	Blauwdruk voor de monitor	68
/ D	Governance modellen	73
/ E	De rol van het Zorginstituut in de kennisinfrastructuur langdurige zorg	74

/ 1 Inleiding

Dit onderzoek gaat over de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg, wat daarin ontwikkeld moet worden en hoe partijen hierin samen kunnen werken. Telkens met de cliënt en zijn of haar kwaliteit van leven als uitgangspunt. Ook beschrijven we een blauwdruk voor een monitor die ingaat op de werking van de kennisinfrastructuur langdurige zorg. In dit hoofdstuk beginnen we met de context van de langdurige zorg en de aanleiding voor de vraag die aan ons gesteld is.

Het begrip 'kennisinfrastructuur'

De term 'kennisinfrastructuur' suggereert een samenhangend en geordend instrumentarium. De kennisinfrastructuur langdurige zorg is echter geen vaststaand gegeven met een lineair verloop. Het is - meer nog dan de verschillende verbindingen als geheel - een veelheid aan interacties tussen verschillende actoren in het veld van de langdurige zorg rond kennisontwikkeling en -toepassing. In het rapport gebruiken we een kenniscyclus om deze interacties te ordenen. Hiermee maken we inzichtelijk wat er gedaan wordt, door wie dat gedaan wordt en ook wat er nog ontbreekt. De structuur die hiermee ontstaat biedt een basis voor de toekomstige doorontwikkeling van de kennisinfrastructuur langdurige zorg.

De langdurige zorg staat voor grote opgaven

In de langdurige zorg spelen veel opgaven tegelijkertijd. Zo heeft de sector te maken met de effecten van een vergrijzende bevolking, toenemende complexiteit van de verschillende doelgroepen, grote veranderingen in de organisatie van zorg door de intentie meer zorg te verlenen in de thuissituatie en een forse arbeidsmarktproblematiek.

Deze externe veranderingen betekenen veel voor de vormgeving van de langdurige zorg. Naarmate de gemiddelde zorgzwaarte stijgt en cliënten specifiekere behoeften hebben, is steeds specifiekere kennis nodig en worden nieuwe vormen van zorgverlening gevraagd. Doordat mensen langer thuis wonen, wordt ook samenwerking met naasten (informele zorg) en welzijnsorganisaties steeds belangrijker.

De afgelopen jaren is er een herdefiniëring geweest van goede langdurige zorg

In 2010 gaf de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg al aan dat er een verschuiving zou moeten plaatsvinden: van aandacht voor zorg en ziekte naar aandacht voor gedrag en gezondheid¹. Door meer nadruk te leggen op gedrag en gezondheid krijgt de cliënt meer regie en dat is belangrijk voor het welbevinden van mensen. De afgelopen jaren heeft deze verschuiving steeds meer plaatsgevonden. Zo legt het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg² de nadruk op onderwerpen als de interactie tussen cliënt en zorgverleners, persoonsgerichte zorg en welzijn. Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg³ laat soortgelijke verschuivingen zien naar persoonsgerichte zorg, waarbij clientervaringen en individueel maatwerk expliciet terugkomen.

Binnen de langdurige zorg staat dus de kwaliteit van leven van de cliënt centraal. Essentieel daarbij is de driehoek tussen cliënt, professional en het netwerk van de cliënt. Daarin vindt de dagelijkse zorg plaats en daarmee ook de beleefde zorg en ervaringen die de kwaliteit van leven bepalen.

¹ RVZ, Discussienotitie Zorg voor je gezondheid!, april 2010

² Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, 2017. [Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)

³ Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017 – 2022. [Kerndocument+1.+Kwaliteitskader+2017-2022.pdf \(vgn.nl\)](#)

De verschillende sectoren in de langdurige zorg zijn nog aan het uitvinden welke zorg effectief is om de kwaliteit van leven te verbeteren

Met de verschuiving van focus van medisch handelen naar kwaliteit van leven krijgt ook effectiviteit een nieuwe betekenis. Goede zorg gaat niet alleen over effectiviteit van zorginhoudelijke (medische) activiteiten, maar juist over het welbevinden van de cliënt en de kwaliteit van leven. De relaties in de driehoek van cliënt, naaste en zorgprofessional zijn hier de basis voor. Er is zijn echter meerdere definities, maar nog geen eenduidige en gedragen definitie voor kwaliteit van leven waarop gestuurd kan worden of waar effectiviteit aan afgemeten kan worden.

Bij het meten van effectiviteit speelt ook de context van de cliënten in de verschillende sectoren in de langdurige zorg mee. Zo gaan cliënten in de ouderenzorg er veelal fysiek en mentaal op achteruit, wat de kwaliteit van leven beïnvloedt. Bij het merendeel van cliënten in de gehandicaptenzorg is de fysieke en mentale conditie stabiel, maar kunnen *life events* de ervaren kwaliteit van leven beïnvloeden. Binnen de kwaliteit van leven wordt het concept positieve gezondheid steeds meer toegepast. Dit betekent dat effectiviteit van interventies kijkend naar kwaliteit van leven van veel meer factoren afhangt dan kwaliteit van zorg

Dat betekent dat de sector nieuwe kennis moet ontwikkelen en verspreiden

De bestaande toepassing van kennis in de langdurige zorg is niet altijd meer toereikend. Dit komt deels door de verschuivende focus naar kwaliteit van leven vanuit positieve gezondheid en een nieuwe context waarin mensen langer thuis wonen en de zorg meer met cliënten en naasten/informele zorgverleners samenwerkt. Een andere reden is de toegenomen complexiteit van cliënten. Zo zijn er bijvoorbeeld ook steeds meer ouder wordende mensen met een verstandelijke beperking en ouderen met een psychische aandoening. Er is daardoor meer gecombineerde kennis nodig uit de verschillende sectoren van de gehandicaptenzorg, ouderenzorg en psychiatrische zorg.

Het wordt dus steeds belangrijker om continu vanuit de praktijk nieuwe kennis te ontwikkelen en beschikbare kennis goed in de praktijk te laten landen. Deze praktijk omvat de professionals en naasten die als informele zorgverleners ook de zorg vormgeven en natuurlijk de cliënten zelf, die vanuit hun eigen ervaringen bij kunnen dragen aan het verbeteren van de langdurige zorg.

Effectieve zorg wordt niet breed verspreid en geïmplementeerd

Effectieve zorg is zorg die doet wat hij beoogt te doen. Ondanks dat hier nog veel in ontwikkeld moet worden, is er wel veel kennis over wat werkt, zowel in de wetenschap als in de praktijk. Daarbij komt dat voor praktijkkennis vaak geldt dat hier (nog) geen onderzoek naar is gedaan waardoor het lastiger is om anderen te overtuigen van nut- en noodzaak van bepaalde werkwijzen. In de langdurige zorg wordt de wel beschikbare kennis bovendien niet automatisch verspreid of breed op de werkvloer ingebed.

Daarom is er een noodzaak om te werken aan de versterking van een kennisbasis in de langdurige zorg. In 2016 heeft Zorginstituut Nederland een rapport uitgebracht waaruit blijkt dat de mate waarin gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve zorg in de langdurige zorg beperkt is. Dit verklaarde men door:

- ▶ het ontbreken van een onderzoekstraditie en -cultuur (in tegenstelling tot de cure);
- ▶ het ontbreken van structurele kennisontwikkeling en -verspreiding;
- ▶ een ongeorganiseerde en onsamenhangende kennisinfrastructuur en;
- ▶ een tekort aan structurele financiering.

Naast deze punten maakt ook het oplopende personeelstekort het lastig om werk te maken van de implementatie⁴ van ontwikkelde kennis. Bovendien wordt er in de langdurige zorg sterk gestuurd op het verminderen van overhead. Dat vertaalt zich in beperkte beleidscapaciteit en beperkte ruimte om te leren. Dit alles maakt dat kennisontwikkeling, maar vooral ook implementatie van beschikbare kennis een complex vraagstuk is in de langdurige zorg.

Het ministerie van VWS heeft vanaf 2017 ingezet op het versterken van de kennisinfrastructuur langdurige zorg

In 2017 heeft het ministerie van VWS aan Vilans de opdracht gegeven⁵ om praktijk en wetenschap in de langdurige zorg dichterbij elkaar te brengen. Vilans voert daarom samen met andere partijen het programma Kennisinfrastructuur Langdurige Zorg uit. Dit programma beoogt beschikbare kennis beter inzichtelijk, vindbaar en toepasbaar te maken voor zorgverleners. Het doel van het programma is om vragen uit de praktijk beter af te stemmen op onderzoek en onderzoekers beter gebruik te laten maken van de kennis die er in de praktijk is.

Het ministerie van VWS heeft Zorginstituut Nederland gevraagd advies te geven over de gewenste ontwikkeling van de kennisinfrastructuur

Het doel van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg is om de vakbekwaamheid en het handelen van de (formele en informele) zorgverleners in de langdurige zorg continu te versterken en zo de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren. Dit is niet alleen te bereiken via professionals, maar ook door de kennisinfrastructuur te richten op cliënten, naasten, informele zorgverleners, bestuurders, managers, onderzoekers, beleidsontwikkelaars en het onderwijs. De minister van VWS heeft, in zijn brief van februari 2019, het Zorginstituut gevraagd om te adviseren over de systematische evaluatie van kennis. Dit is een onderdeel van een kenniscyclus, de kern van elke kennisinfrastructuur. Naar aanleiding daarvan heeft het Zorginstituut de opdracht gegeven aan AEF en XpertiseZorg om hier onderzoek naar te doen. In dit onderzoek gaan we in op hoe de huidige kennisinfrastructuur langdurige zorg eruitziet. Vervolgens zetten we uiteen wat er nodig is om toe te werken naar de toekomstige kennisinfrastructuur. We gaan in op hoe een kennisinfrastructuur gemonitord kan worden en adviseren over de governance. Tot slot brengen we alle onderdelen samen in onze conclusie.

⁴ Er zijn verschillende definities van implementatie. We sluiten hierbij de definitie van ZonMw (zie [Wat verstaan we onder implementatie? - ZonMw](#)). Samengevat zien we implementatie als de reeks geplande activiteiten die worden ingezet om te zorgen dat kennis vanuit wetenschap, beleid of andere bronnen wordt toegepast in de handelingen van de huidige zorgpraktijk en daarmee leidt tot een verandering en verbetering in de kwaliteit van zorg en/of kwaliteit van leven. Effectieve implementatie houdt daarmee in dat de patiënten en naasten baat hebben van de kennis uit onderzoek, uit het beleid en de aangepaste handelingen en werkwijze. Zonder implementatie heeft kennisontwikkeling geen nut, cliënten kunnen immers niet profiteren van diensten die ze niet ontvangen.

⁵ [Overzicht-resultaten-2017-2019.pdf \(kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl\)](#)

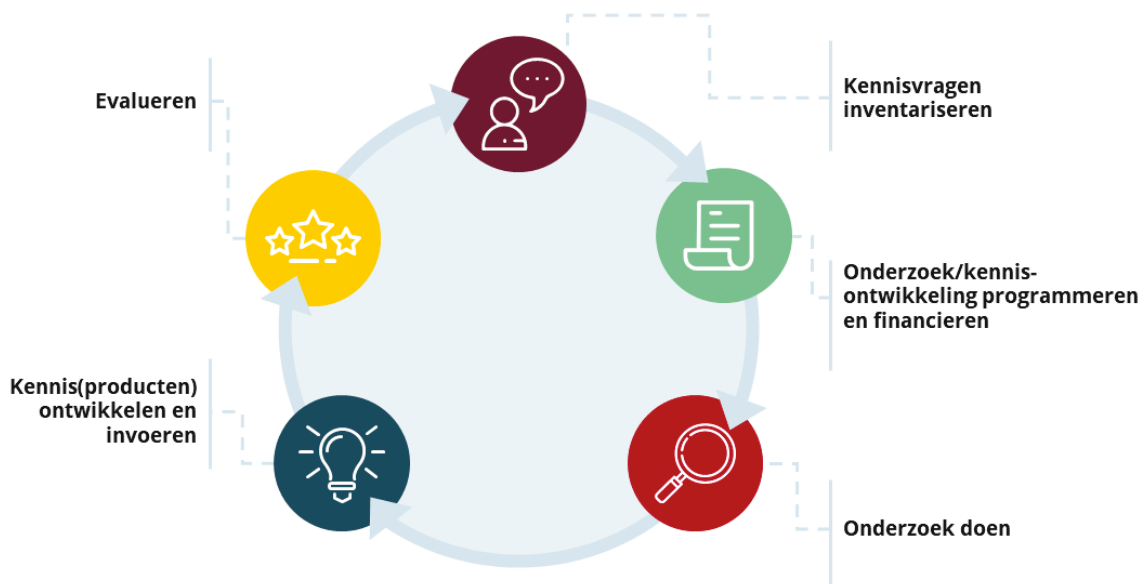
/ 2 De huidige kennisinfrastructuur

In dit hoofdstuk geven we een korte samenvatting van de huidige stand van de kennisinfrastructuur langdurige zorg. Een uitgebreidere beschrijving is te vinden in [bijlage B](#).

Voor een goed werkende kennisinfrastructuur moet de kenniscyclus geborgd zijn

De kennisinfrastructuur bestaat uit het gehele netwerk van regionale en landelijke instituties, programma's, samenwerkingsverbanden, informele netwerken en ondersteunende structuren die een rol spelen in de kenniscyclus. Voor de nadere duiding van de kennisinfrastructuur maken we gebruik van de kenniscyclus, die schematisch weergeeft welke stappen er nodig zijn voor goede kennisontwikkeling, -uitwisseling en -implementatie.

De kenniscyclus beschrijft op hoofdlijnen aspecten die geborgd moeten zijn in een goed werkende kennisinfrastructuur: inventarisatie, agendering, onderzoek, implementatie en evaluatie van kennis. Als onderdelen van de cyclus niet (goed) geborgd zijn of niet op elkaar aansluiten, leidt dat tot kwetsbaarheden in de kennisinfrastructuur. Dit geeft een risico op dubbel werk of juist lacunes in wat er nodig is om kennis op de juiste plek te laten landen.



Figuur 1: de kenniscyclus binnen de kennisinfrastructuur langdurige zorg

De werkelijkheid is natuurlijk niet zo gestileerd als bovenstaande figuur; zoals elk model is ook dit een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid. In de praktijk lopen de kennisstromen complexer en stroomt de kennis niet alleen in een cyclus, maar soms ook tussen de verschillende elementen; de kennisinfrastructuur en kenniscyclus zijn niet lineair. Je kunt er bijvoorbeeld achter komen dat bepaalde kennis nog niet geïmplementeerd is en dat er kennisvragen leven bij professionals. Op dat moment is het zinniger om natuurlijk direct door te stappen naar het ontwikkelen van kennisproducten en deze invoeren. Een model verheldert, maar kan belangrijke aspecten ook onzichtbaar maken: kennisontwikkeling is niet iets dat los staat, maar met de praktijk verbonden is op een wijze dat het implementatie omvat. Ook vallen deze hoofdstappen natuurlijk uiteen in een groot aantal deelactiviteiten, en zijn er veel verschillende manieren waarop de kenniscyclus in de praktijk vorm kan krijgen, uiteenlopend van 'klassiek' wetenschappelijk onderzoek tot praktijkonderzoek of co-creatie. Het

model van de kenniscyclus wordt in dit onderzoek dan ook vooral gebruikt als manier om de bevindingen te ordenen, en laat nog veel vrijheid voor verschillende manieren om onderdelen vorm te geven.

Er is een verschil tussen kennis gericht op de uitvoering van dagelijkse zorg en kennisontwikkeling rondom de 'zorg van de toekomst'

Er is op verschillende niveaus kennis nodig over de langdurige zorg. Enerzijds gaat het over de ontwikkeling van kennis die nodig is voor de zorg van vandaag. Het gaat dan over de uitvoering van de dagelijkse zorg die geleverd wordt door professionals en informele zorgverleners om de kwaliteit van leven van cliënten zo groot mogelijk te maken. Bij deze cyclus van kennisontwikkeling en toepassing staat met name het werken volgens protocollen, standaarden, benaderingswijzen en richtlijnen centraal, maar ook kennis over veilig werken en over samenwerking tussen professionals en mantelzorgers en de toepassing van technologie zijn voorbeelden hiervan. Bij de toepassing van deze kennis is met name implementatie van evidence-based interventies binnen de huidige zorgorganisaties de basis voor succesvolle toepassing. Daarnaast is er ook onderzoek en ontwikkeling nodig om 'zorg voor de toekomst' te blijven bieden. Algemeen is bekend dat de houdbaarheid van de zorg (in het algemeen en specifiek de zorg voor ouderen VVT / wijkverpleging) sterk onder druk staat vanwege de vergrijzing en de toenemende schaarste aan personeel. Nieuwe vormen van zorg en ondersteuning worden daarom gevraagd. Onderzoek hiernaar en de toepassing van relevante kennis hierover is gewenst, waarbij de focus vooral komt te liggen op een meer stelselmatige verandering van het zorglandschap en de infrastructuur waarbinnen zorg georganiseerd is.

In dit rapport staat met name de kennisinfrastructuur gericht op de dagelijkse praktijk centraal. Tegelijkertijd zijn de aanbevelingen die gaan over samenwerking tussen partijen op met name stelselniveau, het verbinden van de verschillende elementen van de kenniscyclus, het continu betrekken van cliënten en naasten en vanuit hun perspectief onderzoek invullen, ook zeker van toepassing voor de kennisinfrastructuur van de toekomst. De accenten en voorbeelden die in dit rapport worden gelegd op het gebied van implementatie zijn vooral gericht op de praktijk van vandaag, maar zijn natuurlijk net zo relevant en toepasbaar als het gaat over implementatie van de kennis binnen de zorg voor morgen. Het is goed om hiervan bewust te zijn als op dat niveau verder gewerkt wordt aan de ontwikkeling van kennis.

In de langdurige zorg zijn niet alle onderdelen van de kenniscyclus geborgd

Uit de analyse van kennisinfrastructuur langdurige zorg komt naar voren dat er een netwerk bestaat van regionale en landelijke partijen, programma's, samenwerkingsverbanden, informele netwerken en ondersteunende structuren. Deze partijen en structuren spelen allen een rol in de kenniscyclus. De algehele samenhang is echter onvoldoende, zo blijkt uit de interviews. Dat maakt de kennisinfrastructuur onvoldoende effectief. Dit hangt samen met het feit dat de rolverdeling niet altijd helder is en dat de regie niet is belegd. Mede daardoor wordt soms werk dubbel gedaan, en worden andere zaken niet opgepakt.

Kennisvragen worden deels opgehaald bij professionals, maar minder bij cliënten en naasten

De verzameling van kennisvragen is gefragmenteerd. We zien dat kennisvragen in wisselende mate worden opgehaald bij professionals en vrijwel niet bij cliënten en naasten. De mate van het inventariseren van vragen gebeurt vooral regionaal en verschilt per beroepsgroep en per regio. Er worden niet structureel vragen opgehaald uit de praktijk. Vertegenwoordigers van professionals, cliënten en naasten geven in de interviews aan dat zij niet het gevoel hebben dat hun kennisvragen gehoord worden. Ook speelt hierbij de vraag wat door verschillende partijen wordt verstaan onder

kennisvragen en niet-kennisvragen. Er zijn echter ontwikkelingen gaande: recent is er bijvoorbeeld een rapport verschenen over het inventariseren van kennisvragen bij professionals in de langdurige zorg; als basis voor nieuwe kennisontwikkeling. Het ophalen van kennisvragen is als taak echter niet expliciet belegd. Vilans heeft in 2020 in beeld gebracht welke kennisvragen er zijn. Samen met ZonMw en de Academische Werkplaatsen wordt bekeken hoe dit kan worden doorontwikkeld tot nieuwe kennis en binnen welke projecten dat belegd kan worden.

Er zijn eerste stappen gezet naar een prioritering van onderzoek, maar door het ontbreken van een gedragen agenda is er nog geen gezamenlijk beeld

Er zijn binnen de langdurige zorg diverse partijen die zich bezighouden met onderzoek; deels in combinatie met praktijk, maar vaak ook los van de praktijk. Al deze partijen voelen een hoge mate van eigenaarschap voor het gedeelte dat zij oppakken, maar hebben beperkt zicht op de activiteiten van anderen. Daardoor zien we versnippering in welke onderzoeken worden uitgevoerd. Er is nog geen partij met het totaaloverzicht en nog geen gezamenlijke kennisagenda, al zijn de eerste stappen hierin gezet in het rapport Kennisvragen Langdurige Zorg⁶ van ZonMw, Vilans en academische werkplaatsen. Ook zien we dat voor verschillende doelgroepen en sectoren aparte programma's worden uitgezet. Er is beperkt tot geen afstemming tussen deze programma's, waar dat soms wel van meerwaarde kan zijn.

Er wordt onderzoek gedaan in verbinding met de praktijk, al kunnen ervaringskennis en data beter benut worden

Mede door de komst van academische werkplaatsen ontstaat binnen de langdurige zorg een betere verbinding met de praktijk. Academische werkplaatsen bevinden zich echter niet in een landelijk dekkend netwerk. We zien daardoor dat er in sommige regio's actieve netwerken met impact op kennisuitwisseling ontstaan, maar ook dat in sommige regio's (nog) beperkt samenwerking plaatsvindt. Bovendien zijn vooral grotere zorgaanbieders betrokken. De praktijk van relatief kleinere aanbieders kent soms een andere context van zorgverlening, waar onderzoek nu zich niet of beperkt op richt. Daarnaast zijn de academische werkplaatsen opgericht per sector- en kennisgebied. Het risico ontstaat daarmee dat kennis binnen eigen netwerken blijft en onvoldoende overstijgend wordt ontwikkeld en toegepast. Tot slot valt op dat beperkt gebruik wordt gemaakt van het ervaringsperspectief van cliënten en naasten en van datagedreven werken bij het ontwikkelen van kennis.

Het invoeren van kennis lukt vooral op regionaal niveau binnen organisaties die samenwerken met academische werkplaatsen

In de kennisinfrastructuur is relatief weinig aandacht voor het succesvol implementeren van de ontwikkelde kennis. Het implementeren van kennisproducten is een taak waarbij samenspel tussen stelselpartijen (onderzoekers, beroepsverenigingen en branches) samen moet komen met partijen die daadwerkelijk aan de slag moeten met de toepassing van ontwikkelde kennis (professionals en informele zorgverleners).

Zorgorganisaties hebben een belangrijke rol in het creëren van een omgeving waarbinnen zorgprofessionals de aangereikte kennis kunnen toepassen. Dit lukt vooral goed bij organisaties die nauw samenwerken met een leercentrum, er zelf een hebben of aangesloten zijn bij een academische werkplaats. Tegelijkertijd zijn er maar acht academische werkplaatsen verstandelijke beperking en zes samenwerkende academische netwerken ouderenzorg. Dit betekent dat maar een klein deel van de zorgorganisaties in de langdurige zorg is aangesloten bij een academische werkplaats. Dat zijn veelal de grotere zorgorganisaties. Zij hebben vaak meer capaciteitsmogelijkheden om dit te organiseren, in

⁶ [Rapport Kennisvragen Langdurige Zorg, 2020 \(kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl\)](#)

tegenstelling tot de kleinere zorgorganisaties. Het ontbreekt aan effectieve landelijke verspreiding van deze kennis. De kennis bereikt de zorgorganisaties die niet zijn aangesloten op een netwerk meestal niet, zo blijkt uit de regiobijeenkomsten.

Specifieke aandachtspunten in de sector zien we rond de professionals in de langdurige zorg. Een eerste aandachtspunt is dat veruit de meeste medewerkers geen academische achtergrond hebben. Veel 'klassieke' kennisverspreiding is gericht op een cognitieve en tekstuele manier van leren, terwijl bij een grote groep medewerkers ervaringsleren beter aansluit. Een tweede aandachtspunt is dat het onderwijs op afstand staat van het onderzoek, waardoor nieuwe kennis niet direct in de onderwijspraktijk landt. Ook is er in het onderwijs beperkt aandacht voor blijvend leren, waardoor continu nieuwe kennis opdoen geen vanzelfsprekendheid is in de sector. Ten derde zien we dat door de huidige personeelstekorten in de zorg partijen vooral bezig zijn om de situatie van nu behapbaar te houden. Doordat men in een overlevingsmodus zit om basiszorg te kunnen leveren, gaat de aandacht vooral uit naar het primaire proces zonder dat er ruimte wordt gevoeld voor het leren en verbeteren in deze basisprincipes van de zorg.

De kwaliteit van leven van cliënten wordt voor een deel bepaald door professionals, maar naasten zijn als informele zorgverleners minstens zo belangrijk – ook om de zorg betaalbaar te houden en aan te laten sluiten op de behoeften van de client. Naasten kennen de client goed, waardoor ze vaak een informatiebron zijn voor de zorgprofessional. Zeker bij cliënten die thuis wonen, verrichten naasten bovendien een groot deel van de in dit geval informele zorg. Naasten worden meestal niet geschoold voor de zorg die zij verlenen. Ze krijgen weinig handvatten om passende zorg te verlenen; ook niet wanneer de intensiteit van de zorgverlening toeneemt als gevolg van het verloop van de ziekte of aandoening van de cliënt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het omgaan met (veranderende) gedragsproblemen en het gebruik van hulpmiddelen. Dit kan leiden tot een mindere kwaliteit van leven van de client en overbelasting van mantelzorgers. De kennisinfrastructuur langdurige zorg vraagt dus niet alleen aandacht voor professionals, maar voor alle hoofdrolspelers binnen de driehoek cliënt, naasten en professionals. Dat betekent dat kennis ook moet landen bij cliënten en naasten.

De evaluatiefunctie bestaat uit twee onderdelen: evaluatie binnen de cyclus en evaluatie van de cyclus

We onderscheiden in de evaluatie van de kennisinfrastructuur twee typen evaluaties:

- ▶ de evaluatie of kennis landt in de praktijk, wat hier de impact van is en waar nog leemtes zitten en nieuwe kennisvragen uit voortkomen. Kortom: de evaluatie van de afzonderlijke onderdelen c.q. stappen van de kenniscyclus;
- ▶ de evaluatie van de kennisinfrastructuur als geheel, waarbij wordt gekeken of de samenhang in de kennisinfrastructuur voldoende is, de verschillende rollen goed met elkaar verbonden zijn en er het juiste wordt gedaan binnen de kennisinfrastructuur om te zorgen voor een betere kwaliteit van leven voor cliënten.

Beide vormen van evalueren zijn nodig; de eerste om de uitvoering binnen de kenniscyclus te verbeteren en de tweede om de kennisinfrastructuur als geheel te verbeteren. Gezamenlijk geven ze een beeld van het functioneren van (onderdelen van) de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg.

De evaluatie van de onderdelen van de kenniscyclus is gefragmenteerd en er is geen beeld of dit structureel gedaan wordt

We zien dat het evalueren van de elementen in de kenniscyclus in de langdurige zorg op een aantal punten gebeurt. ZonMw doet dit op het gebied van (de impact en doelmatigheid van) onderzoek en de academische werkplaatsen zijn zich aan het ontwikkelen richting het evalueren van of de ontwikkelde

kennisproducten ook daadwerkelijk aansluiten bij de behoeften uit de praktijk. Het daadwerkelijk evalueren of kennis landt in de praktijk en daarmee mogelijk invloed heeft op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van de cliënt gebeurt echter niet structureel en de verantwoordelijkheid hiervoor is niet expliciet belegd. Ook worden de zogenaamde 'eindgebruikers'; professionals, naasten/informele zorgverleners en cliënten, zelden betrokken om te evalueren of de kwaliteit daadwerkelijk toeneemt doordat er meer kennis aanwezig is.

De evaluatie van de gehele kennisinfrastructuur is formeel nog niet belegd, het Zorginstituut heeft hiervoor wel een verzoek gekregen van het ministerie

De evaluatie van de cyclus en kennisinfrastructuur als geheel gebeurt in dit onderzoek voor het eerst op verzoek van Zorginstituut Nederland die hiervoor een opdracht heeft gekregen van het Ministerie van VWS. Zorginstituut Nederland heeft bij het Ministerie van VWS aangegeven dat het de volledige opdracht inclusief structurele monitoring niet accepteert alvorens het voorliggende onderzoek is uitgevoerd en het Zorginstituut hierover een advies heeft gegeven aan het Ministerie met voorafgaand een consultatieronde bij de betrokken partijen.

Kortom: de kennisinfrastructuur is nog niet compleet en rollen zijn onvoldoende expliciet belegd

In de afgelopen jaren zijn er veel initiatieven geweest om het ontwikkelen en verspreiden van kennis te versterken. Dit is deels gelukt: er gebeurt veel meer op dit vlak dan voorheen. Tegelijkertijd zien we dat de verschillende initiatieven niet samenkomen, dat het perspectief van de 'eindgebruikers' nog te weinig wordt meegenomen en dat de onderdelen van de kenniscyclus niet goed geborgd zijn. Dit is geen verrassing: de ontwikkelingen op de kennisinfrastructuur zijn relatief recent gestart, en daarbij is – terecht – uitgegaan van die plaatsen waar energie zat. Voor een eerste stap in de ontwikkeling is dat een verstandige aanpak. De huidige stand van zaken maakt echter ook duidelijk dat voor het bestendigen en borgen en de volgende ontwikkelstap van de kenniscyclus een andere aanpak nodig is. Daarop gaan we in de volgende hoofdstukken in.

/ 3 Veranderstrategie in een sector onder druk

Uit het vorige hoofdstuk bleek dat de kenniscyclus nog niet functioneert zoals beoogd. Om te komen van waar we nu staan naar een werkende kennisinfrastructuur, is een veranderstrategie nodig die past bij de context en de veranderopgave. In dit hoofdstuk staan we stil bij de vraag wat een passende veranderstrategie is voor de ontwikkeling van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg. Daarbij nemen we als uitgangspunt dat een passende veranderstrategie:

- ▶ dienend is aan de veranderopgave,
- ▶ de (lokale) context in ogenschouw neemt, en
- ▶ de verantwoordelijkheden en belangen van betrokkenen en betrokken organisaties weegt.

De sector staat onder druk en heeft beperkt ruimte om veranderingen op te pakken

De langdurige zorg heeft te maken met (toenemende) personeelstekorten en daarmee oplopende werkdruk, toenemende complexiteit en intensiteit van de zorgvragen en een (organisatie)cultuur waarbij tijd vrijmaken om te leren niet vanzelfsprekend is. Dat betekent dat een verandering dicht op het primaire proces en de leefwereld van zorgprofessionals zal moeten worden gerealiseerd, en stevig verankerd moet zijn in het primaire proces.

Dit vraagt om een prioritering van opgaven: niet alles kan tegelijk

In een sector onder druk bestaat snel een risico van overbelasting. Medewerkers kunnen het gevoel krijgen dat er 'steeds iets bij' komt, waardoor de motivatie afneemt. Daarom moeten prioriteiten gesteld worden: wat pakken we op, en waar leggen we minder nadruk op? Alleen door het aantal activiteiten te beperken kunnen die activiteiten impact hebben.

Als eerste stap moet het implementeren van kennis(producten) versterkt worden

Hoewel voor alle onderdelen van de kennisinfrastructuur verbetermogelijkheden aan te wijzen zijn, ligt het grootste knelpunt in het implementeren van kennis(producten). Het blijkt, uit de interviews en regiobijeenkomsten, dat veel van de beschikbare kennis niet de weg vindt naar de werkvloer. In die context helpt het niet om meer kennis te ontwikkelen, maar moet gewerkt worden aan de zwakste schakel in de cyclus: het naar de praktijk brengen en daadwerkelijk implementeren van nieuwe kennis - met de vraag van de cliënten en naasten als uitgangspunt.

Een effectieve lerende structuur wordt stapsgewijs ontwikkeld met de praktijk

De kennisinfrastructuur moet zorgprofessionals helpen hun cliënten zo goed als mogelijk van zorg en begeleiding te voorzien die bijdraagt aan hun kwaliteit van leven en ook zorgen dat cliënten zelf en naasten hun rol goed kunnen pakken.

Op dit moment bestaan er wel enkele goede voorbeelden van werkwijzen waarmee effectief geleerd wordt, zoals bijvoorbeeld medewerkers met een duobaan in zowel praktijk als onderzoek of de organisaties die kwaliteitsverpleegkundigen in dienst hebben met een specifieke opdracht op het gebied van leren en ontwikkelen in de praktijk. Maar deze voorbeelden zijn vaak alleen op kleine schaal geprobeerd, dus het is niet duidelijk in hoeverre dit opgeschaald kan worden. Er moet dus niet alleen geleerd worden over de inhoud, er moet ook nog geleerd worden hoe in deze sector het beste geleerd

kan worden. Dat is een langdurig proces waarbij nieuwe manieren lokaal uitgetoet moeten worden, en als ze succesvol zijn gekeken moet worden of ze ook elders werken.

Er zijn voorbeelden van succesvolle manieren om te leren in de langdurige zorg. Zo worden implementatieprojectleiders aan onderzoekstrajecten gekoppeld en is er een voorbeeld van een zorgorganisatie die naar aanleiding van een (forse) fout de medewerkers die bij die fout betrokken waren een training lieten ontwikkelen op dit thema.

Een effectieve veranderstrategie bevat dus alleen de eerstvolgende stap en vraagt continue bijstelling

Er is dus onvoldoende kennis over hoe kennis in de langdurige zorg goed kan landen. Dat betekent dat het niet zinvol is om een stappenplan voor de komende jaren uit te tekenen. Een betere veranderstrategie is om leren zo dicht mogelijk op het primaire zorgproces in de langdurige zorg te organiseren en cyclisch te gaan veranderen door stapsgewijs te leren wat werkt en op basis daarvan de volgende stap te bepalen. Op deze manier wordt voorkomen dat de toekomstige kennisinfrastructuur niet aansluit bij de behoeften van professionals, cliënten en naasten en blijven de veranderstappen in omvang behapbaar voor de sector.

In de langdurige zorg vindt kennisuitwisseling veelal plaats via werkend leren

De toegevoegde waarde van (nieuwe) kennis is sterk situationeel: hij wordt bepaald door de context waarbinnen zorg verleend wordt en de zorgbehoefte van de cliënten. De kennisinfrastructuur moet aansluiten bij de leerbehoeften (inhoud) en leerstijlvoorkeuren (proces) van de professionals in de praktijk. Het blijkt dat professionals op zoek gaan naar kennis op het moment dat ze die kennis in de praktijk nodig hebben en dat naast wetenschappelijke kennis ervaringskennis een belangrijke bron is⁷. Dit betekent dat kennis voor professionals makkelijk vindbaar moet zijn en dat het betrekken van professionals bij de ontwikkeling van kennis (in bijvoorbeeld onderzoek) essentieel is om te zorgen dat professionals deze kennis 'vloeiend' gaan toepassen in de praktijk en onder de aandacht brengen bij hun collega's binnen en buiten de eigen organisatie.

Om kennisuitwisseling te borgen is het essentieel om aan te sluiten bij de leefwereld en werkprocessen van professionals en naasten

Kennisuitwisseling vindt voor veel zorgprofessionals niet vanzelf plaats. Het dagelijks werk is druk genoeg, dus dan is er niet altijd ruimte om te leren. Het helpt om te zoeken naar natuurlijke aanjaagmomenten voor leren en kennis uitwisselen. Denk bijvoorbeeld aan het vastpakken van een ingewikkelde casus in een casuïstiekbespreking, reflectie als er iets misgegaan is of juist als iets goed gaat, of optimaal gebruik maken van bijscholingen door er ook als team iets mee te doen. Dit maakt het leren onderdeel van het werk, in plaats van iets dat buiten de context van werk plaatsvindt. Gezien het belang van naasten als informele zorgverleners in de langdurige zorg is het belangrijk dat ook zij onderdeel uitmaken van de kennisinfrastructuur en kennis specifiek op hen is gericht, iets wat nu nog maar beperkt gebeurt.

⁷ Hogeschool Utrecht, Ervaringsdeskundigheid: Een bijdrage van de derde bron van kennis, Vakblad voor Contextuele Hulpverlening Vereniging van Contextueel Werkers, Vol. 24, Uitgave: 1, Pagina's: 20-25

Om kennis daadwerkelijk toe te passen in de praktijk is een cultuurverandering nodig

Het spreken over een 'infrastructuur' doet een focus vermoeden op de structuurkanten van kennisontwikkeling en -uitwisseling. Belangrijker nog is echter een cultuurverandering bij alle betrokkenen ten aanzien van het ontwikkelen en uitwisselen van kennis. Enerzijds betreft dit een cultuurverandering bij ontwikkelaars van kennis die veel meer als uitgangspunt de cliënt, naast en professional moeten hanteren bij het bepalen van onderzoeksvragen, uitvoering van onderzoek en het opleveren van kennisproducten. Anderzijds betreft het een verandering bij professionals om continu leren en nieuwsgierig zijn als basis te gebruiken bij het dagelijks handelen. Doorgaans is continue aandacht voor kennisontwikkeling en -uitwisseling een beperkt onderdeel van het dagdagelijkse werk van zorgprofessionals en daarmee de (organisatie)cultuur bij zorgaanbieders. Initiatieven leunen sterk op individuele zorgprofessionals of bestuurders.

/ 4 De toekomstige kennisinfrastructuur

In de vorige hoofdstukken hebben we geconcludeerd dat de grootste opgaven liggen in de toepassing van kennis in de praktijk en dat dit prioriteit moet krijgen. In dit hoofdstuk beschrijven we ontwikkelrichtingen om dit aspect te versterken in een toekomstige kennisinfrastructuur.

We onderscheiden vijf ontwikkelrichtingen om het toepassen van kennis in de praktijk te versterken

Zoals beschreven in [hoofdstuk 2](#) lukt het toepassen van kennis in de praktijk nu vaak nog niet. Daaraan liggen verschillende knelpunten ten grondslag. Om stappen te kunnen zetten in het complexe geheel van de kennisinfrastructuur langdurige zorg kiezen we voor het geven van prioriteit aan een aantal ontwikkelrichtingen. Hiermee maken we de doorontwikkeling overzichtelijk voor de betrokken partijen die hier een rol in hebben. Hierbij is het van belang te noemen dat we – ondanks de vele ontwikkelingen en voorbeelden waar we zicht op hebben gekregen – waarschijnlijk ook ontwikkelingen en voorbeelden binnen ons gezichtsveld missen. We proberen dan ook geen volledig beeld te schetsen met deze ontwikkelrichtingen, maar vooral een aantal stappen te schetsen waar partijen zich op kunnen richten en op kunnen doorontwikkelen.

We beschrijven de vijf belangrijkste ontwikkelrichtingen voor de langdurige zorg voor de komende tijd.

- ▶ Creëren van een context waarin ruimte is voor kennisontwikkeling;
- ▶ Benutten en waarderen van practice-based evidence;
- ▶ Beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis voor zorgprofessionals;
- ▶ Betere aansluiting met onderwijs;
- ▶ Cliënten- en naastenparticipatie in de kenniscyclus.

Als we de aanleiding en oplossingsrichtingen in deze ontwikkelrichtingen beschreven hebben, staan we nog kort stil bij wat dit betekent voor de rest van de kenniscyclus.

4.1 Ontwikkelrichting 1: creëren van een context waarbinnen ruimte is voor kennisontwikkeling

Het ontwikkelen en opdoen van kennis moet geborgd worden binnen het werk

De professionals in de langdurige zorg zijn grotendeels praktijkgeoriënteerd: zowel het ontwikkelen als het opdoen van kennis doen zij bij voorkeur in de praktijk, en vanuit hun eigen ervaring. Dat betekent dat onderzoek, ontwikkelen en leren zoveel mogelijk geïntegreerd moeten worden in het werk. Dat heeft als voordeel dat opgedane kennis direct toegepast kan worden in de praktijk. Een risico is echter dat ontwikkelactiviteiten erbij inschieten in de veelheid van dagelijkse werkzaamheden. Het verbinden van kennisontwikkeling en -implementatie met het dagelijks werk gaat dus niet vanzelf. Dit komt naar voren uit het rapport *Leren en verbeteren in de langdurende ouderenzorg*⁸, waar wordt benoemd dat leren integraal onderdeel moet zijn van het werken.

8 Rapport [Leren en verbeteren in de langdurende ouderenzorg \(kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl\)](#)

Er is ruimte en commitment nodig om kennis te kunnen ontwikkelen en opdoen

Er zijn verschillende soorten van ruimte nodig om kennis te kunnen ontwikkelen en opdoen: het gaat om tijd en middelen, maar ook mentale ruimte. Bestuurders en managers van aanbieders hebben de verantwoordelijkheid om ruimte te maken voor werkend leren. Professionals hebben de verantwoordelijkheid om te zoeken naar welke ruimte er is en daar zoveel mogelijk gebruik van te maken. Dat vraagt een organisatiecultuur waarin het ontwikkelen en opdoen van kennis gewaardeerd wordt. Dat begint bij bestuurlijk commitment: professionals moeten zich gesteund weten door bestuurders en managers, en ook de ruimte krijgen om te leren, iets nieuws te proberen en daarbij soms fouten te maken. Op alle drie aspecten gaan we onderstaand verder in.

Ruimte in tijd: een groot deel van de medewerkers heeft onvoldoende tijd om kennis toe te passen

Professionals in de langdurige zorg zijn vaak overbelast en kunnen daardoor beperkt (nieuwe) kennis tot zich nemen. Deze druk neemt alleen maar toe door de personeelstekorten in de sector. Dit maakt dat er beperkt ruimte is voor leren. Dat is een extra reden dat leren verankerd moet zijn in het primaire proces. Tegelijkertijd vergroten deze omstandigheden het risico dat leren, onderzoeken en ontwikkelen onvoldoende aandacht krijgen in de drukte van alledag. Ook als ontwikkelactiviteiten verbonden zijn met het primaire proces, is het dus nodig om hier expliciet ruimte en tijd voor te maken, en dus middelen in te investeren.

Commitment: er is bestuurlijke commitment nodig om professionals te stimuleren, ruimte en vertrouwen te geven

Leren en de zorg verbeteren moet gebeuren op de werkvloer. Daar hebben mensen immers contact met cliënten en kunnen ze het verschil maken. Medewerkers in de zorg zijn vaak ook intrinsiek gemotiveerd om het beste voor hun cliënten te doen, dus hier zit veel potentie. In de praktijk blijkt echter dat voor leren en verbeteren de commitment van bestuur en management nodig is. Als professionals te druk zijn, zich niet veilig genoeg voelen om fouten te durven maken, of om andere redenen geen ruimte voelen om iets nieuws te proberen, komt er geen vernieuwing.

Vanuit bestuur en management moet dus continu een reflectieve houding bij professionals gestimuleerd worden om ruimte te geven voor leren op de werkvloer. Professionals moeten continu kunnen reflecteren op hun eigen werk: "Hoe draagt mijn zorg en ondersteuning bij aan de kwaliteit van leven van mijn cliënten?" Dit kan bijvoorbeeld door vanuit management en bestuur de waarde van nieuwe kennis voor de kwaliteit van zorg te benadrukken en uit te dragen. Ook daar moeten nieuwe richtlijnen en nieuwe interventies omarmd worden, zodat professionals zich uitgedaagd en gesteund voelen om hiermee aan de slag te gaan. Dat vraagt ook van het bestuur durf, en in sommige gevallen financiële afspraken met zorgkantoren om ook in tijd ruimte te creëren om nieuwe werkwijzen te implementeren.

Organisatiecultuur en mentale ruimte: het vraagt een cultuurverandering om leren en scholing te zien als onderdeel van je baan

Een organisatiecultuur gericht op leren en ontwikkelen maakt het vanzelfsprekend dat er tijd en ruimte is om te leren en dat die niet opgevuld wordt met andere werkzaamheden. Hierbij moet *vakverbetering* voldoende aandacht krijgen en gewaardeerd worden: wat is er al aan kennis over het dagelijks handelen en kan dit beter worden benut? Dit gaat zowel over de kennis van professionals als over de manier waarop die kennis in de context van de organisatie toegepast kan worden. Veelal wordt er meer ingezet op *vakontwikkeling*: nieuwe kennisproducten en werkwijzen ontwikkelen. Voor dit laatste is doorgaans meer geld en interesse. Implementeren is echter een taaier proces. Daarbij speelt (voorbeeld)gedrag van

leidinggevend en een grotere rol, evenals het inzetten van professionals als ambassadeurs. Zij kunnen collega's laten zien en ervaren hoe een cultuur gericht op leren hen kan helpen.

Daarnaast vraagt het doorontwikkelen van de kennisinfrastructuur dat professionals gaan 'leren, leren'. Hierbij valt te denken aan het leren van onderzoeksvaardigheden of het houden van intervisie.

Andere voorbeelden die kunnen helpen om 'leren leren' te bevorderen:

- Stafverzorgenden die naast regulier werk ook aandacht hebben voor ontwikkelingen binnen het eigen vak en hierover het management adviseert en collega's stimuleert.
- Aanbieden van keuzedelen van scholing in het werk die verdiepend gevolgd kunnen worden over bijvoorbeeld specifieke doelgroepen of specifieke interventies. Nu zijn scholingen vaak gericht op het bijhouden van vaardigheden en niet op verdieping van kennis die behulpzaam is voor het uitvoeren van het dagelijks werk (bijvoorbeeld verdieping op specifieke doelgroepen waar professionals vaak mee te maken krijgen in hun werk).
- Het inzetten van bijvoorbeeld een gedragswetenschapper om binnen teams scholingen te laten verzorgen en ontwikkelingen en relevante verdiepingskennis aan te bieden. Maak hiervan een dynamisch proces waarbij regelmatig het gesprek over kennisontwikkeling voorbijkomt.

Dit vraagt het faciliteren van ruimte om te leren en ontwikkelen

Naast het werken aan een leer-en ontwikkelgerichte cultuur moeten ook de juiste afspraken gemaakt worden om de ruimte die nodig is daadwerkelijk te creëren en te benutten voor leren en ontwikkelen. Mogelijk kan dit geborgd worden door medewerkers recht te geven op leer- en ontwikkelruimte. Een instrumentele benadering zou hierbij kunnen helpen om de ruimte daadwerkelijk te laten landen in de praktijk en ook zichtbaar te maken voor professionals maar ook beleidsmakers. Een uiterste optie is het inzetten van een landelijk kwalificatiedossier waardoor ook aansluiting met onderwijs gestimuleerd kan worden en uitwisseling van personeel tussen organisaties en sectoren makkelijker kan worden. Dit vergt echter grote investeringen, en zal naar verwachting op veel weerstand stuiten.

Oplossingsrichtingen

Op basis van bovenstaande probleemanalyse en ontwikkelrichting, zien we de volgende mogelijke oplossingen:

- ▶ Zet in op aandacht en ruimte voor 'vakverbetering', zodat professionals in staat zijn, en door hun omgeving in staat worden gesteld, om nieuwe kennis op te doen en toe te passen.
- ▶ Stimuleer een leer- en ontwikkelgerichte organisatiecultuur middels het bewust inzetten van voorbeeldgedrag van bestuurders en leidinggevendenden, en ambassadeurs 'uit het veld'. Ook deelname aan lerende netwerken en werkbezoeken behoren tot de mogelijkheden.
- ▶ Zet in op 'leren leren' waarmee leren en ontwikkelen integraal onderdeel wordt van het werk
- ▶ Faciliteer ruimte voor leren en ontwikkelen door die ruimte duidelijk te benoemen, kaderen (e.g. door een landelijk kwalificatiedossier) en mogelijk afdwingbaar te maken.

Een afweging betreft de mate waarin het gebruik maken van ruimte voor leren en ontwikkelen vrijblijvend is of dat professionals verplicht worden gebruik te maken van die ruimte. Stimuleer je alleen mensen die willen leren en ontwikkelen of verplicht je dit middels registratie en/of accreditatie? Het nadeel van een verplichte registratie is dat dit een flinke investering en infrastructuur vraagt. Daarbij kan een dergelijke top-down benadering bij bepaalde beroepsgroepen leiden tot 'afvinken'. In dat geval is het stimuleren van scholing en werkend leren via zorgorganisaties en het laagdrempeliger maken door bijvoorbeeld het aanbieden van leermateriaal via verschillende leerstijlen (papier, digitaal, workshops, webinar) effectiever. Bij zorgorganisaties wordt er al vanuit de kwaliteitskaders verwacht dat zij 2 % van de loonsom in scholing stoppen, maar het lukt nog niet altijd om dit ook waar te maken. Het IGJ kan een actievere rol nemen in dit monitoren en bevorderen, om op deze manier ook die ruimte te creëren.

4.2 Ontwikkelrichting 2: benutten en waarderen van practice-based evidence

Het belang van kwaliteit van leven binnen de langdurige zorg vraagt maatwerk

De langdurige zorg staat bekend om het belang van maatwerk. Veel van de werkzaamheden zijn moeilijk te vangen in richtlijnen doordat ze de cliënt en zijn kwaliteit van leven centraal stellen, en de cliënten in de gehandicaptensector en verpleeghuiszorg divers zijn. De diversiteit van cliënten zit zowel in het type cliënten en hun aandoening, als in wat zij belangrijk vinden en nodig hebben. Dit maakt dat casuïstiek complex is en vele aspecten kent die van invloed zijn op de kwaliteit van leven van cliënten. Dit gaat vaak verder dan in een richtlijn of protocol te vangen is.

Voor slechts een deel van de aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven in de langdurige zorg zijn er bewezen effectieve interventies

Bewezen effectieve interventies zijn vooral bekend vanuit de medische zorg en hebben daarmee effect op de behandeling en kwaliteit van zorg. Ze hebben in geringe mate betrekking op de begeleiding en het gedrag. Daarmee hebben dergelijke interventies zeker effect op de kwaliteit van leven, maar zijn er ook veel aspecten in de zorg en ondersteuning die de kwaliteit van leven beïnvloeden die (nog) niet evidence-based onderzocht zijn, dan wel op een andere manier c.q. niet evidence-based benaderd moeten worden. Wat een eerste stap vooruit zou kunnen zijn is om in (evidence-based) richtlijnen en protocollen altijd aandacht te hebben voor de kwaliteit van leven: wat is belangrijk voor de cliënt en hoe kan een

richtlijn of protocol met dat uitgangspunt zorgvuldig worden toegepast. Vormen van samen beslissen kunnen hier een bijdrage aan leveren. Een tweede stap kan zijn om ook ruimte te bieden voor ontwikkelingen die niet evidence-based zijn, maar op een andere manier tot stand komen. Ook kan er ruimte gecreëerd worden voor de implementatie van interventies die weliswaar evidence-based tot stand zijn gekomen, maar in de praktijk onvoldoende aansloten of bleken te werken.

Practice-based evidence vervult een belangrijke andere bron voor handelen in de langdurige zorg

Een groot aandeel van de werkzaamheden in de gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg zijn niet te baseren op evidence-based practice. Wel is er een hoop ervaringskennis die behulpzaam is in wat werkt en wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven van cliënten. Het risico van dergelijke ervaringskennis is dat hij anekdotisch kan zijn. Er kan beter gebruik gemaakt worden van ervaringskennis als onderzocht is of de waargenomen patronen op een feitelijk werkzaam effect berusten. Kortom: een vertaling van ervaringskennis naar practice-based evidence. Dit vraagt ontwikkelen van methoden en kennis op de werkvloer om te onderzoeken of de practice-based aanpak werkt. Hier ligt een taak voor academische werkplaatsen. Zo kunnen de bewezen effectieve interventies (nu nog beperkt tot evidence-based practice) worden aangevuld met practice based evidence.

Het verspreiden van practice-based evidence gaat anders dan evidence-based practice

De kennis(producten) vanuit practice-based evidence moeten vervolgens ook worden verspreid. Hierbij is het belangrijk dat dit niet alleen via klassieke kanalen gebeurt. Juist practice-based evidence leent zich voor werkend leren via onderling uitwisselen, werkbezoeken en ambassadeurs. Hierbij zijn de mogelijkheden aangedragen onder de eerste ontwikkelrichting ook van toepassing. Uiteindelijk gaan professionals zelf anders werken, als ze zelf hebben ervaren dat dit werkt.

Oplossingsrichtingen

Op basis van bovenstaande probleemanalyse en ontwikkelrichting, zien we de volgende mogelijke oplossingen:

- ▶ Maak inzichtelijk op welke manier practice-based evidence van meerwaarde kan zijn naast de bewezen effectieve interventies, bijvoorbeeld door onderzoek naar bewijs voor practice based evidence te stimuleren.
- ▶ Ontwikkel als sector kaders voor werkbare ingrediënten binnen praktijkervaring om zodanig een stap te zetten in het gebruik van practice-based evidence.
- ▶ Zorg in de verspreiding van practice-based evidence naar manieren die passen bij dit type producten, zoals onderlinge uitwisseling, werkbezoeken en ambassadeurs.

De belangrijkste afweging hierbij is in hoeverre je intensieve dan wel beperkte sturing wil geven aan het proces om tot meer gebruik te komen van practice-based evidence. Hierbij kunnen stelselpartijen een kleinere of grotere rol nemen in het onder de aandacht brengen en includeren van practice-based evidence in kwaliteitskaders, kwaliteitsinstrumenten en richtlijnen.

4.3 Ontwikkelrichting 3: beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis voor zorgprofessionals

Op dit moment hebben zorgprofessionals vaak onvoldoende zicht op welke kennis er landelijk of binnen de organisatie is

Binnen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg wordt kennis over bewezen effectieve zorg vaak nog niet toegepast in de praktijk, onder andere omdat professionals er niet mee bekend zijn en niet weten waar ze nieuwe kennis kunnen vinden. Zo vindt er niet structureel uitwisseling plaats tussen professionals en/of organisaties over werkwijzen. De kennis over wat andere zorgorganisaties hebben uitgevonden is daardoor beperkt. Ook wordt vaak niet gekeken buiten de context van het eigen team, waardoor ook kennis die binnen de organisatie aanwezig is niet altijd benut wordt. De kennisontwikkeling – en verspreiding staat momenteel dus onvoldoende in dienst van professionals. Daardoor functioneert de kennisinfrastructuur suboptimaal.

Dit heeft twee oorzaken: de versnippering van beschikbare kennis en de manier waarop kennis aangeboden wordt vanuit onderzoek

Er zijn belangrijke oorzaken die eraan bijdragen dat professionals onvoldoende zicht hebben op beschikbare kennis: de kennis is versnipperd en de manier waarop de kennis wordt aangeboden sluit niet altijd aan bij de behoeften van de professionals. Elk van deze oorzaken leidt tot verbetermogelijkheden op dit thema.

4.3.1 Versnippering van beschikbare kennis

Kennis in de langdurige zorg beslaat veel verschillende terreinen en expertisegebieden

De langdurige zorg heeft te maken met veel verschillende aspecten die belangrijk zijn voor de kwaliteit van leven van cliënten. Deze kennis is ook uit verschillende domeinen afkomstig. Specifiek de gehandicaptenzorg kent een zeer divers cliëntenbestand van jeugdige tot ouderen met een mentale beperking. Voor de 20-jarige met LVB zijn kennis over passende participatie, gedrag en gezondheid allen belangrijke items. Deze zijn heel anders voor een oudere met een mentale beperking. Dit benadrukt nogmaals het belang van het centraal stellen van de behoeften van de cliënt. Daarnaast heeft de langdurige zorg, zowel gehandicapten- als ouderenzorg en langdurige GGZ, te maken met zowel de Wlz als de Zvw en Wmo, elk met andere financiers en sturingsmethoden. De partijen die een rol spelen in de kennisinfrastructuur hebben de complexe taak om de verschillende terreinen en domeinen bij elkaar te brengen, zonder een overvloed aan kennisforums te creëren.

Kennis wordt op veel verschillende plaatsen aangeboden, waardoor overzicht ontbreekt

Er zijn veel verschillende bronnen waarop informatie te vinden is voor professionals. Een voordeel van deze verschillende locaties is dat ze zich kunnen richten op specifieke doelgroepen, waardoor de kennis goed aansluit bij de behoefte. Een nadeel is dat de kennis niet altijd compleet is, en dat er soms verschillende informatie staat op verschillende platforms. Dat wordt deels veroorzaakt doordat niet alle beschikbare informatie actueel is, wat gezien de mate van kennisontwikkeling en veelheid van informatie te begrijpen is. Dit vraagt om het herzien van beschikbare informatie met ook aandacht voor de implementatie van oude werkwijzen, het overzichtelijk houden van documentatie en structureel beheer van kennisbanken.

Een recent voorbeeld van het actualiseren van de beschikbare kennis en de implementatie hiervan is de herziening door het Samenwerkingsverband Richtlijnen Infectiepreventie (SRI) van de infectiepreventie richtlijnen: hierbij zijn 140 richtlijnen voor infectiepreventie herzien naar 60 richtlijnen voor specifiek de domeinen langdurige zorg.

Voor sommige groepen professionals is er binnen de eigen expertise wel overzicht, maar niet voor iedereen

Voor bepaalde beroepsgroepen geldt dat er binnen de eigen beroepsgroep en het eigen domein wel overzicht is, maar dat de verbreding naar andere relevante domeinen daarmee nog niet is gemaakt. Het overzicht binnen het eigen specialisme is voor een groot deel van de beroepsgroepen eveneens niet goed georganiseerd. Dit hangt samen met het feit dat de kennis vanuit de medische behandeling en zorg over het algemeen beter gestructureerd is dan kennis over aspecten die de kwaliteit van leven beïnvloeden. Dit is ook zichtbaar in de kennis die hierover expliciet aangeboden wordt. Een overzicht met beschikbare kennis voor cliënten en naasten wordt ook gemist. In de tweede ontwikkelrichting gaan we hier verder op in.

Voor domeinoverstijgende vraagstukken zijn bovendien verbindingen naar andere expertisegebieden noodzakelijk

Steeds meer zorg vindt in de thuissetting plaats met professionals van verschillende organisaties, zowel voor de gehandicaptenzorg als de ouderenzorg. Daarom wordt het nog noodzakelijker om domeinoverstijgend kennis aan te bieden aan professionals. Dit vraagt om verbinding met beschikbare kennis vanuit het sociaal werk, wonen, orthopedagogiek, psychiatrie, verslavingszorg, neurologie en andere expertisegebieden, zoals beschikbaar bij kennisorganisaties als Movisie en Platform 31. Hier zet onder andere SKILZ al nadrukkelijk op in vanuit het bundelen van expertise vanuit de gehandicaptenzorg en ouderenzorg, maar dit kan breder. Tegelijkertijd ligt in deze veelheid aan expertisegebieden een grote uitdaging om deze kennis toegankelijk te houden.

Er is een combinatie van doelgroepgerichte communicatie en een centraal overzicht van kennis nodig

De huidige doelgroepgerichte kennisverspreiding zorgt ervoor dat kennis goed aansluit bij de leerbehoeften van verschillende doelgroepen. Tegelijkertijd is een meer centraal overzicht nodig om te borgen dat kennis actueel en volledig blijft en om verbindingen in de brede kennisinfrastructuur van de langdurige zorg beter te leggen. Hier hebben zowel de partijen die kennis verspreiden naar professionals baat bij als onderzoek en beleid. Door kennis centraal te bundelen en daarna gericht te verspreiden kan aangesloten worden bij ieders leerbehoefte en wordt dubbel werk voorkomen.

4.3.2 De manier waarop kennis aangeboden wordt

Professionals in de langdurige zorg zijn een pluriforme groep met verschillende manieren van leren

De langdurige zorg kent veel verschillende beroepsgroepen met verschillende opleidingen en opleidingsniveaus, met verschillende culturen. Zij hebben wisselende ervaring met het lezen en toepassen van onderzoeken en kennen ook andere manieren van leren. Dit betekent dat ze niet allemaal dezelfde behoefte hebben in hoe ze kennis tot zich nemen, maar juist ook dat hier een pluriform aanbod

in nodig is. Zo werken in de langdurige zorg ook laaggeletterdere professionals. Zij kunnen moeilijker overweg met de schriftelijk aangereikte kennis⁹.

Er moeten meer vormen van kennisoverdracht ontwikkeld worden die passen bij mensen die leren in de praktijk

De manier waarop kennis aangeboden wordt is nu vooral gericht op mensen die cognitief leren. Zo wordt veel kennis voornamelijk schriftelijk aangeboden. Denk aan richtlijnen en protocollen, maar ook onderzoeksresultaten. Daardoor is de manier waarop kennis gepresenteerd wordt sterk gericht op mensen met een cognitieve leerstijl en minder toegankelijk voor mensen met andere leerstijlen. Tegelijkertijd zetten de kennispleinen ook in op andere vormen van kennisuitwisseling zoals fysiek tijdens workshops of (netwerk)bijeenkomsten, maar ook digitaal via e-learnings.

Een mooi voorbeeld waarop kennis in de langdurige zorg verspreid wordt rondom specifieke doelgroepen is. De werkwijze van het CCE die gericht op casusniveau advies geeft over cliënten met complex gedrag. Doordat het CCE overall (bij diverse organisaties, verspreid over het land) komt en advies geeft doet het CCE aan kennisverspreiding die heel praktisch en toepasbaar is voor medewerkers in de langdurige zorg. Ook de methodiek van kennisverspreiding door de expertisecentra langdurige zorg is hiervan een voorbeeld doordat kennis wordt ontwikkeld met en voor professionals en kennis gedeeld wordt met organisaties die hier specifieke behoefte aan hebben gezien de doelgroep die bij hen verblijft.

De kennisbehoefte van professionals is veelal situationeel. Naast wetenschappelijke kennis is daarom ervaringskennis een belangrijke bron, omdat dit makkelijker wordt uitgewisseld in de praktijk.

Er zijn verschillende mooie voorbeelden die op kleine schaal al gedaan worden en bijdragen aan het overdragen en opdoen van kennis.

- ▶ Werkbezoeken en visitaties om uitwisseling met andere teams en organisaties te stimuleren.
- ▶ Leermomenten in het werk, zoals multidisciplinaire overleggen (MDO's) en casuïstiekbesprekingen. Dit is practice-based en dus niet in de collegebanken, om juist het lerend werken te faciliteren.
- ▶ Duobanen om kennis te verenigen uit verschillende sectoren in professionals en dit zo te verspreiden.
- ▶ Werkplekleren/PraktijkGestuurd Leren stimuleren door middel van het creëren van werken-leren-trajecten voor leerlingen die al werkend een opleiding volgen (zie PraktijkGestuurd Leren op mbo3/4 bij ROC Kop van Noord-Holland). Hierbij kunnen ook docenten vanuit het onderwijs op de werkplek aanwezig zijn om de leerlingen, maar ook andere professionals te ondersteunen bij het leren in de praktijk en zo bij te dragen aan een lerende cultuur op de werkvloer.
- ▶ Ambassadeurs in eigen organisatie, die actief zijn via social media en collega's meenemen in nieuwe ontwikkelingen.
- ▶ Living labs en leerafdelingen met professionals en studenten vanuit verschillende opleidingen, waar medewerkers en studenten zelf de toepassing van kennis kunnen ervaren in een simulatiesetting of veilige omgeving, zodat zij de geleerde ervaringen mee kunnen nemen naar de eigen werkplek.

⁹ Stichting lezen en schrijven. www.stichtinglezenenschrijven.nl. [Online]; 2019. Beschikbaar van: [2019_Rapport_Spreiding_laaggeletterdheid-webversie_DEF.pdf \(lezenenschrijven.nl\)](#)

Het inzetten op andere vormen van kennisoverdracht vraagt nieuwe werkwijzen van het onderwijs, kennisinstituten en onderzoekspartijen, met name het betrekken van professionals bij de ontwikkeling van kennis maar vooral ook het overdragen van kennis naar de praktijk zijn belangrijke aandachtspunten. Daarbij is het essentieel om implementatie ook onderdeel te maken van onderzoek en om onderwijs goed te verbinden aan onderzoek (vooral op mbo-niveau) en aan praktijk door bijvoorbeeld korte modules gericht op leren en ontwikkelen voor 'zittende professionals' en cultuurverandering rondom het toepassen van competenties om steeds nieuwe kennis te vergaren en nieuwsgierig te blijven voor nieuwe studenten.

Regionaal moeten samenwerkingen bottom-up ontstaan, maar ze kunnen wel landelijk gefaciliteerd en gestimuleerd worden

Het blijkt dat het verspreiden van kennis op regionaal niveau goed werkt. Daar zijn de verbindingen tussen mensen die elkaar enthousiasmeren en samen manieren vinden om te leren. Dat werkt alleen als de samenwerking bottom-up ontstaat, vanuit bevlogen mensen die de zorg willen verbeteren en de kwaliteit van leven van de cliënt als uitgangspunt nemen. In de verdere ontwikkeling van de kennisinfrastructuur moet de regio dus centraal staan en moeten ontwikkelingen in regio's landelijk gefaciliteerd worden. Deels gebeurt dit ook al. Zo is er inmiddels financiering voor academische werkplaatsen. Door deze regionale initiatieven uit te bouwen en met elkaar te verbinden, kunnen zij nog beter een vliegwiel worden van de kennisinfrastructuur. Wel is het belangrijk dat dit landelijk gestimuleerd wordt en dat de kennis uiteindelijk ook centraal verzameld wordt.

Op landelijk niveau moeten duidelijk afspraken gemaakt worden over rolverdeling en verantwoordelijkheid

Om regionale kennisuitwisseling te bevorderen, is landelijk duidelijkheid nodig over waar de kennis voor de sector wordt verzameld en wie daarin welke taak heeft. Hiermee wordt voorkomen dat er dubbel werk wordt verricht en dat er parallel aan elkaar verschillende overzichten ontstaan. De komst van de kennispleinen voorziet voor een deel al in het centrale overzicht, maar zijn nog niet compleet. Door deze uit te bouwen tot één centraal punt van kennisverzameling per sector weet iedereen waar alles te vinden is. De verspreiding naar de verschillende doelgroepen is dan de verantwoordelijkheid van diverse andere partijen, zoals beroepsverenigingen en brancheverenigingen.

Oplossingsrichtingen

Op basis van bovenstaande probleemanalyse en ontwikkelrichting, zien we de volgende mogelijke oplossingen:

- ▶ Benut de bestaande kennispleinen door alle partijen als het punt waar de (nieuwe) kennis binnen de sector landt en waar verbindingen worden gemaakt met andere doelgroepgerichte platforms.
- ▶ Herzie kennisproducten en voeg vergelijkbare richtlijnen/protocollen waar mogelijk samen, zodat er eenduidige informatie is over de meest passende behandeling of begeleiding.
- ▶ Breng kennis uit verschillende domeinen en sectoren waar mogelijk bij elkaar, zoals SKILZ dit doet.
- ▶ Zorg voor kennisproducten met toegankelijk taalgebruik en zet meer in op andere vormen van kennis, die aansluiten bij verschillende leerstijlen van de beroepsgroepen.
- ▶ Bevorder kennisuitwisseling en -implementatie via vormen van werkend leren, zoals werkbezoeken/visitaties, casuïstiekbespreking, MDO's, duobanen, werkplekleren, ambassadeurs in eigen organisatie, en het verder ontwikkelen van Living labs en leerafdelingen.
- ▶ Stimuleer bottom-up ontwikkeling van samenwerking en kennisuitwisseling door dit (structureel) financieren. Dit kan inhouden dat budget verschuift naar de partijen die actief zijn in de implementatie en samenwerking en niet naar onderzoek (zie Hoofdstuk 6 en [Bijlage B](#)).

4.4 Ontwikkelrichting 4: betere aansluiting met het onderwijs

Het onderwijs is een logische omgeving met natuurlijke leermomenten waarop mensen nieuwe kennis en vaardigheden opdoen

Het onderwijs is bij uitstek de plek waar toekomstige professionals worden gevormd en nieuwe kennis en vaardigheden opdoen. Daarmee heeft het een bepalende rol in het stimuleren van bepaalde werkwijzen, in het creëren van een cultuur van leren en in het centraal stellen van de cliënt en zijn/haar behoeften. Dit maakt het juist belangrijk om het onderwijs goed te benutten, niet alleen in de eerste opleiding, maar ook juist voor scholing later in de carrière via vervolgopleidingen en cursussen. Er zijn verschillen in de ontwikkelingen in het mbo, hbo en universiteit. Onder meer het hbo zet ook steeds meer in op het levenslang leren, via het aanbieden van onder andere vervolgopleidingen en (post-)masters. Het merendeel van de medewerkers in de langdurige zorg komt uit het mbo, en hier wordt op steeds meer plekken in het land gebruik gemaakt van praktijkgericht leren, waarbij de verbinding tussen praktijk en onderwijs wordt versterkt.

Op dit moment is niet al het onderwijs aangesloten op de kennisinfrastructuur

Het onderwijs en de praktijk zijn vaak nog niet met elkaar in verbinding, waarbij onderwijs ervaart dat de praktijk geen goed beeld heeft van de (on)mogelijkheden om binnen het onderwijs nieuwe kennis snel en eenvoudig te implementeren, en de praktijk ervaart dat het onderwijs nog te veel opleidt voor het verleden en nieuwe professionals niet altijd de juiste vaardigheden en kennis krijgen aangeleerd. Dit blijkt uit de interviews en de regiobeelden. Er is tussen onderwijs en zorg nog niet structureel sprake van uitwisseling, ook praktijkopleiders bezoeken het onderwijs weinig en docenten komen lang niet altijd in de praktijk waardoor er een scheiding van twee werelden blijft bestaan. Wel vindt er bij het opstellen van de kwalificatiedossiers voor de mbo-opleidingen consultatie plaats van werkgevers. In toenemende mate wordt opleiden en werken meer met elkaar verbonden, maar binnen de overlegstructuren en governance van de kennisinfrastructuur vraagt dit ook dat de onderwijssector betrokken is op zowel beleids- als uitvoeringsniveau.

Ook de betrokkenheid van cliënten in het onderwijs is minimaal terwijl er mooie voorbeelden zijn waar bijvoorbeeld onderwijs wordt gegeven op een locatie binnen de langdurige zorg waardoor de studenten direct leren om met cliënten te werken, docenten de praktijk goed leren kennen en de medewerkers worden gestimuleerd om te blijven leren door de lerende blik die docenten op de werkvloer meebrengen.

Niet alle relevante actuele kennis kan terugkomen in het curriculum

Vanuit het mbo en hbo is het nodig om breed op te leiden, want mensen moeten op meerdere plekken inzetbaar zijn. Opleidingen leiden op tot startbekwaam en tot generalisten, tot basisverpleegkundigen, verzorgenden. Daarin is het heel mooi als kennis uit het onderzoek wordt ingezet, maar ook fijn als deze kennis breder inzetbaar is. Hierbij komt dat in het mbo 30% van het onderwijs wordt besteed aan algemene vaardigheden; de studenten zijn immers nog onder de 18 jaar zijn. Een mbo-2 opleiding duurt twee jaar, een mbo-3 opleiding duurt drie jaar. De leerlingen zijn jong, en hebben vaak negatieve ervaringen met leren. In deze context leidt het mbo-leerlingen op tot startbekwame professionals. Zij komen daarna op afdelingen terecht. Daar gaan ze vliegreuven maken en echt leren hoe het vak werkt. Er zijn daarom ook specialistische vervolgopleidingen, modules, cursussen om specialisatie levenslang ontwikkelen te stimuleren.

Het curriculum wordt niet regelmatig vernieuwd, waardoor aangeleerde kennis soms verouderd is

Het onderwijs werkt met cycli van vier jaar voor curriculumvernieuwing. Dit leidt tot een discrepantie in waar behoefte aan is vanuit de zorgpraktijk en waar studenten in worden opgeleid.

“Je moet je voorstellen dat het even duurt voordat een ROC nieuwe ontwikkelingen in de zorg heeft verwerkt in haar programma. Dat geeft steeds in afstemmingsvraagstukken tussen het leerproces van leerlingen en dat van de praktijk- en werkbegeleider” (Programma Leren is Werken, Werken is Leren).

Kennis in de opleiding is daardoor niet altijd meer actueel; dit hangt af van individuele docenten die nieuwe inzichten wel of niet verwerken in hun vakken. De kracht is om het curriculum en de vakinhoud flexibel te houden en toekomstbestendig in te richten, zodat docenten nieuwe elementen kunnen toevoegen. Dit vraagt dat docenten expliciet deze taak krijgen en dat er voldoende ruimte is om in de vakinhoud nieuwe inzichten te verwerken.

Vernieuwing en aanpassingen in het curriculum vinden nu soms plaats op indicatie, vanuit onder meer het ministerie van VWS en door actieve lectoraten en practoraten. Hieruit is onder andere meer aandacht gekomen voor het onderdeel wijkverpleging, wat steeds belangrijker wordt, ook in de toekomst van de langdurige zorg. Tegelijkertijd is er ook aandacht nodig voor de implementatie van oude werkwijzen, waardoor studenten niet oude methoden aanleren die niet meer actueel zijn.

Het ministerie van VWS heeft eerder gevraagd of de hbo-verpleegkunde opleidingen meer aandacht willen besteden aan de wijkverpleging. Dit heeft bij een hbo-opleiding geleid tot het vormen van het digitale samenwerkingsplatform WijkLink¹⁰, waarbij 19 zorgorganisaties en 4 onderwijsinstellingen (hbo en mbo) zijn aangesloten. Hier werken studenten, docenten en professionals met elkaar samen in een leernetwerk, waardoor er veel uitwisseling plaatsvindt tussen praktijk en de opleiding.

Het onderwijs is gericht op de huidige praktijk, terwijl veranderingen als ambulantisering een grote invloed krijgen op het werk

Het onderwijs is – in het beste geval – gericht op de huidige praktijk. Ontwikkelingen in de zorg volgen elkaar echter snel op. Ambulantisering verandert het werk van professionals sterk, en in de nabije toekomst is te verwachten dat ook robotisering en andere technologie een steeds grotere rol krijgt. Het is al niet mogelijk om volledig te voorzien hoe de zorg er over tien jaar uitziet, terwijl professionals die nu opgeleid worden bij voorkeur nog minimaal veertig jaar in de zorg blijven. Er moet dus op meer plaatsen geleerd worden en geleerd blijven worden dan in het onderwijs.

Het is dus essentieel dat het onderwijs aandacht besteedt aan continu reflecteren en blijven leren

Juist door de beperkte ruimte in de opleidingen, het feit dat opleidingen opleiden tot startbekwaam en generalisten en de veranderingen die er spelen in de langdurige zorg, is het extra belangrijk dat het onderwijs inzet op het creëren van een cultuur van blijven leren en inspelen op vernieuwingen. Door het aanleren van een reflectieve houding bij toekomstige professionals equipeer je hen met het vermogen

¹⁰ [Home - Wijklink \(saxion.nl\)](https://www.saxion.nl)

om zelf te kijken naar waar verbetering mogelijk is vanuit het perspectief van kwaliteit van leven van de cliënt en waar ze kennis interdisciplinair kunnen uitwisselen met collega's of andere instellingen. Dat vraagt een andere blik op het onderwijs en op kerncompetenties die je leerlingen bijbrengt. Hiervoor komt nu steeds meer ruimte in de kwalificatiedossiers van studenten. Het is belangrijk om deze beweging vast te houden en waar mogelijk te versterken. Kennisontwikkeling valt of staat immers met professionals die gewend zijn om continu te blijven nadenken of de werkwijze die zij toepassen bijdraagt aan het doel dat men voor ogen heeft.

Oplossingsrichtingen

Op basis van bovenstaande probleemanalyse en ontwikkelrichting, zien we de volgende mogelijke oplossingen:

- ▶ Maak levenslang leren en vervolgopleidingen laagdrempelig en stimuleer dit vanuit de landelijke overheid via financiële aftrekposten en via zorgorganisaties zelf door groeimogelijkheden in het werk.
- ▶ Sluit onderwijsinstellingen aan op de regionale kennisnetwerken en ontsluit deze kennis ook voor elkaar, leer hierbij van de goede voorbeelden die er al zijn.
- ▶ Werk logoloos samen in het ontsluiten van nieuwe modules op basis van recente kennis
- ▶ Stem op landelijk niveau af met de betrokken (koepel)organisaties uit onderwijs en de sector, en ministeries van OCW en VWS waar het curriculum van de diverse beroepsopleidingen op in moet zetten en wat hierin mogelijk is.
- ▶ Zorg voor uitwisseling tussen onderwijsinstellingen en praktijk, zodat er begrip is voor elkaars leefwereld en mogelijkheden. Dit kan helpend zijn in het meer aansluiten van het onderwijs op de behoeften van de praktijk.
- ▶ Stimuleer duobanen voor docenten en professionals, zodat zij beide contexten ervaren en uitwisseling bevorderen.
- ▶ Zet verder in op het vormen van een reflectieve houding bij professionals door landelijk te ontwikkelen wat dit vraagt en hoe dit in het curriculum ingericht kan worden.

4.5 Ontwikkelrichting 5: cliënten- en naastenparticipatie in de kenniscyclus

Naasten hebben een grote rol in de zorg voor cliënten, maar worden hier niet op toegerust

De kwaliteit van leven van cliënten wordt voor een aanzienlijk deel bepaald door informele zorgverleners zoals naasten, zoals beschreven in [hoofdstuk 2 De huidige kennisinfrastructuur](#). Naasten worden meestal niet geschoold voor de zorg die zij verlenen. Dit kan leiden tot een mindere kwaliteit van leven van de cliënt en overbelasting van de naaste(n) zelf. Voor alle kennisontwikkeling en stappen in de kenniscyclus geldt dat naasten en zo mogelijk cliënten moeten worden betrokken om steeds het perspectief van de cliënt en het verbeteren van kwaliteit van leven voorop te stellen.

Cliënten en naasten ontbreken nog in veel stappen van de kenniscyclus

In de kennisinfrastructuur langdurige zorg is weinig aandacht voor cliënten- en naastenparticipatie. Of het nu gaat om het ophalen van kennisvragen of het delen van ontwikkelde kennis; de activiteiten zijn primair gericht op professionals. Mede daardoor sluiten de thema's waar onderzoek naar wordt gedaan

onvoldoende aan bij de behoefte van cliënten en naasten. Door cliënten en naasten een nadrukkelijke rol te geven in alle stappen van de kenniscyclus kan kennis beter aansluiten bij hun behoeften. Dat helpt cliënten op een andere manier naar de eigen zorgverlening te kijken en meer in regie te komen. Naasten kunnen hierdoor inzicht krijgen in waar ze terecht kunnen met eventuele vragen rond de zorgverlening. Daardoor krijgen ze meer handvatten aangereikt op het gebied van ondersteuning, begeleiding en zorgverlening en kunnen ze als informele zorgverleners nog meer bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten.

De vraag daarbij is wel of je naasten op eenzelfde manier wil betrekken als dat wordt gedaan bij zorgprofessionals en of de kenniscyclus (en aangeboden kennis) in eerste instantie gericht is op de zorgprofessionals en cliënten en naasten daarin een minder directe rol krijgen. Het helpt om hier keuzes in te maken en duidelijk over te zijn richting (vertegenwoordigers van) cliënten en naasten. Dit laat onverlet dat de kwaliteit van leven vanuit het perspectief van de cliënt het uitgangspunt moet zijn. Dus ook al betrek je naasten en cliënten niet continu en niet bij alle stappen in de kenniscyclus (daar hebben zij waarschijnlijk ook niet altijd behoefte aan) - zolang er ontwikkeld wordt met de vraag van de cliënt en/of naasten als uitgangspunt en hier ook in de uitvoering van onderzoek, bij implementatie en evaluatie ruim aandacht voor is, neemt de betrokkenheid van cliënten en naasten steeds meer toe.

Cliënten en naasten hebben geen overzicht en toegang tot kennis die op hun situatie is toegespitst

Uit de bijeenkomsten die we hebben georganiseerd in het kader van dit onderzoek blijkt dat een platform met overzicht en handvatten voor begeleiding en zorg in de thuissetting pertinent wordt gemist. Enkele platforms, zoals het platform EMG, geven aan ook een informatiepunt te zijn voor cliënten en naasten, maar in de praktijk is dit te beperkt en is veel kennis niet toegankelijk of bekend genoeg onder cliënten en naasten. Vanuit cliëntenorganisaties komt naar voren dat cliënten de informatie die zij zoeken of nodig hebben, meestal niet weten te vinden. En op het moment dat ze uitleg krijgen waar ze het kunnen vinden, haken ze soms af vanwege een te ingewikkeld of groot aanbod. Het aanbod dat er is, is niet door hen, maar voor hen gecreëerd. De oplossing zit volgens deze organisaties in het organiseren van laagdrempelige ontmoetingsplekken in de samenleving.

Cliënten en naasten moeten een plek krijgen in het verzamelen van kennisvragen, ontwikkelen en evalueren van kennis

Cliënten en naasten als informele zorgverleners zijn onmisbaar in de hele kenniscyclus als bron en als doelgroep om de kwaliteit van leven van de cliënten zelf te verbeteren. Dit betekent dat er niet alleen nieuwe kennis ontwikkeld en verspreid moet worden, maar dat ook deze kennis opgebouwd moet worden met en voor cliënten en naasten. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de toegankelijkheid en vorm van deze kennis. Door hier continu aandacht voor te hebben bij zowel het formuleren van kennisvragen als het doen van onderzoek en het voorbereiden van implementatie blijft de betrokkenheid van cliënten hoog op de agenda staan.

In het ontwikkelen van kennis is het belangrijk om (vertegenwoordigers van) cliënten en/of naasten een nadrukkelijke(re) rol te geven in onderzoekstrajecten. Nu gebeurt dat incidenteel en zijn het veelal de vertegenwoordigende partijen die betrokken worden. Onderzoek dat ingaat op de ervaringen van de cliënt wordt weinig opgezet en gesubsidieerd. Het zou een basisvoorwaarde kunnen zijn om bij het verstrekken van onderzoeksopdrachten nadrukkelijker het perspectief van de cliënt voorop te stellen. Cliënten en naasten kunnen onderdeel worden van de evaluatie van kennis door hen, of hun vertegenwoordigers, nauw te betrekken in dit nog in te richten proces. Vertegenwoordigers van alle deelsectoren van de langdurige zorg kunnen actief bevraagd worden en meedenken over hoe de juiste kennis bij de praktijk belandt en structureel geëvalueerd wordt.

Een aandachtspunt hierbij dat we niet zomaar voorbij moeten laten gaan is of cliënten, hun vertegenwoordigers op lokale of regionale schaal (in de vorm van bijvoorbeeld een cliëntenraad) en ook op landelijke schaal in de vorm van cliëntenorganisaties, hier de benodigde competenties en ruimte voor hebben. Binnen het huidige systeem worden hier zorgen over uitgesproken door deze landelijke cliëntenorganisaties; de cliëntenraden worden overvraagd en kunnen zich dus onvoldoende buigen over thema's als kennisontwikkeling. Ondanks dat partijen een verschuiving zoeken, is er dus nog geen oplossing binnen de huidige context. Dit vraagt van de betrokken organisaties om te experimenteren met nieuwe manieren van kennisontwikkeling waarbij het perspectief van de cliënt en naasten vooropstaat, in plaats van dat het onderdeel wordt van de bestaande manier. Dit geeft niet meteen de oplossing op hoe de cliënt en naasten meer centraal kunnen staan de in de kennisinfrastructuur, maar zet wel een stap in de goede richting.

Oplossingsrichtingen en afwegingen

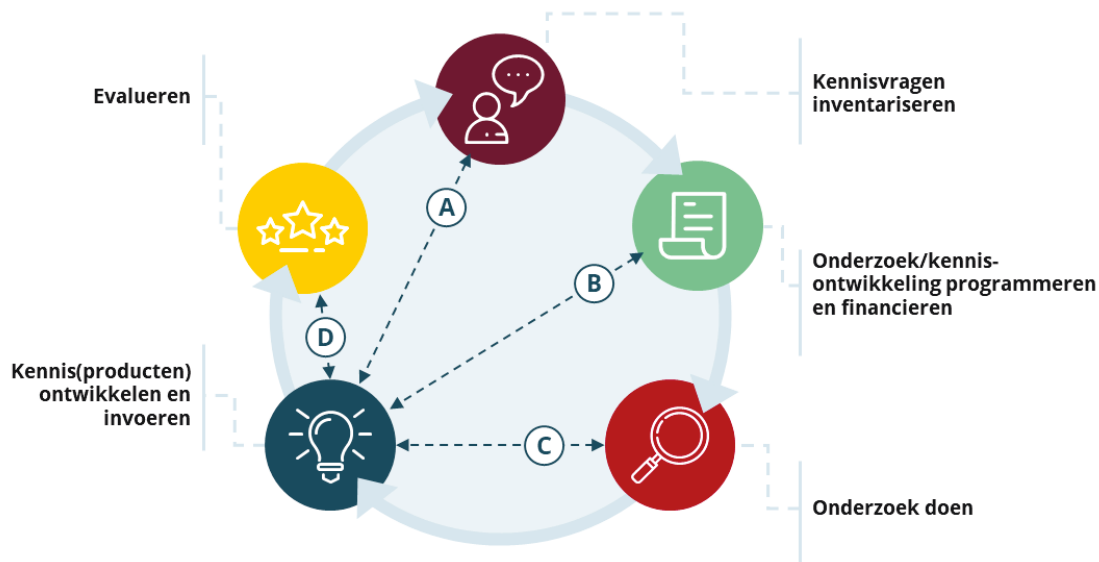
- ▶ Inventariseer bij cliënten en naasten (en/of cliëntenorganisaties) welke kennisvragen hier leven en maak hen onderdeel van het proces van het inventariseren en agenderen van kennisvragen. Voor het inventariseren van (praktische) kennisvragen, kan worden aangesloten bij het proces dat door Vilans in gang is gezet. Kennisvragen kunnen dan zowel bij zorgprofessionals, als bij naasten en cliënten worden uitgevraagd.
 - ▶ Een andere mogelijkheid is om het inventariseren van kennisvragen onder regie van cliëntenraden te laten plaatsvinden in zorgorganisaties. Een cliëntenraad is een heel passende structuur om dergelijke thema's gevraagd, maar ook ongevraagd, onder de aandacht te brengen van de directie en het bestuur van de organisaties. Zo ontstaat er binnen organisaties blijvend aandacht voor het thema leren en ontwikkelen onder cliënten en hun vertegenwoordigers.
- ▶ Ontwikkel een platform gericht op kennisproducten en handvaten voor cliënten en informele zorgverleners, eventueel in aansluiting op wat er al is, in samenspraak met cliëntenorganisaties.
- ▶ Geeft cliënten en naasten in onderzoeken c.q. kennisontwikkeling een structurele rol en maakt dit randvoorwaardelijk bij subsidie-eisen, zoals ZonMw nu ook bevordert.
- ▶ Benut cliëntervaringen structureel op basis van erkende instrumenten, zoals wordt benoemd in het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.
- ▶ Betrek cliëntenraden structureel binnen zorgorganisaties bij beslissingen aangaande scholing, kennisuitwisseling en -implementatie.

De afweging hierbij is om landelijk handvatten te bieden om de client- en naastenparticipatie in de kenniscyclus gestroomlijnd in te bedden in samenspraak met cliëntenorganisaties, zodat individuele zorgorganisaties, maar ook partijen zoals onderzoekers, academische werkplaatsen, beroepsgroepen, kennisinstututen, het onderwijs en de overheid, hiermee aan de slag gaan.

4.6 De ontwikkelrichtingen vragen ook aanpassingen in de andere onderdelen van de kenniscyclus

De ontwikkelrichtingen focussen zich voornamelijk op het implementeren van kennis in de kenniscyclus. Om de implementatie van kennis succesvoller te laten verlopen zijn echter ook aanpassingen nodig in de

overige elementen van de kenniscyclus: immers alle elementen zijn met elkaar verbonden en interacteren. Zoals ook staat beschreven in ontwikkelrichting vijf vraagt bijvoorbeeld het structureel betrekken van cliënten en naasten een andere blik op het uitvoeren van onderzoek (steeds vanuit het perspectief van de cliënt). Ook in kennisproducten zou veel meer de kwaliteit van leven van cliënten centraal kunnen staan om daarmee dit perspectief meer als basis te gebruiken en professionals te stimuleren om vanuit de cliënt reflectief na te denken over de toepassing van bestaande en mogelijk nieuwe kennis.



Figuur 2: relaties tussen de andere elementen en kennisproducten ontwikkelen en invoeren, per relatie hieronder beschreven.

A. De relatie tussen implementatie en het verzamelen van kennisvragen

Het inventariseren van kennisvragen vraagt een structurelere aanpak gericht op wat er nodig is in de praktijk met één herkenbaar verzamelpunt om te voorkomen dat er dubbel werk gedaan wordt. Waar nu de meeste kennisvragen afkomstig zijn van bijvoorbeeld onderzoekers, moeten kennisvragen dus worden opgehaald bij professionals, cliënten en naasten, zodat het onderzoek voorziet in een actuele kennisbehoefte. Daardoor neemt de bruikbaarheid voor de praktijk toe en verdwijnt de implementatiedrempel.

B. De relatie tussen implementatie en het programmeren en financieren van onderzoek

Na het ophalen van de kennisvragen bij professionals, cliënten en naasten hebben landelijke partijen een belangrijke rol in het programmeren en financieren van het onderzoek, waarmee zij implementatie kunnen versterken. Het programmeren van onderzoek moet aansluiten bij de kennisagenda die volgt uit de structurele aanpak van het inventariseren van kennisvragen. Het financieren van onderzoek richt zich op dit moment voornamelijk op het financieren van de onderzoeksfase van kennisontwikkeling. Onderdeel van de financieringsvoorwaarden zou kunnen zijn dat onderzoek aan moeten sluiten bij de praktijk en dat er gedurende het onderzoek nadrukkelijk aandacht moet zijn voor de wijze van implementatie na afronding van het onderzoek door bijvoorbeeld professionals nauw te betrekken bij het onderzoek en hen als ambassadeur van nieuwe kennis te laten fungeren. Ook het ontwikkelen van kennisproducten voor en door professionals kan hierbij helpen. Daarmee wordt onderzoek een minder 'losstaand' element en wordt al in de praktijk (aansluitend bij de manier van kennisverspreiding in de langdurige zorg) verbinding gemaakt bij de professionals op de werkvloer.

Een mooi voorbeeld hiervan zijn de expertisecentra langdurige zorg waar kennis wordt ontwikkeld in en met de praktijk en die vanuit de expertisecentra middels een 'spinmodel' verder wordt verspreid onder organisaties/locaties waar specifieke doelgroepen verblijven waarop nieuwe kennis is ontwikkeld.

C. De relatie tussen kennisimplementatie en het doen van onderzoek

In het doen van onderzoek is meer samenwerking tussen onderzoek, praktijk en onderwijs noodzakelijk om kennis meer in aansluiting op elkaar te ontwikkelen en implementatie van nieuwe kennisproducten te vergemakkelijken. Hierbij is het relevant om onderzoek te doen naar 'wat er nodig is voor implementatie' en naar good practices - waar lukt het wel om tot implementatie te komen en waardoor. Daarnaast moeten nieuwe kennisinzichten landen bij het onderzoek, wat bevorderd kan worden door hen te betrekken in het onderzoek.

D. De relatie tussen kennisimplementatie en de evaluatie van kennisinzet

Gegeven de focus op de implementatie van kennis moet de evaluatiefunctie zich primair richten op de toepassing van kennis en de mate waarin de overige elementen van de kenniscyclus helpen de implementatie van kennis te verbeteren. Ook in deze fase is het betrekken van cliënten, naasten en professionals van belang. Hoe ervaren zij de ingezette kennis, levert dit een bijdrage aan kwaliteit van leven en kwaliteit van zorg? Met andere woorden, merken zij dat er nieuwe kennis wordt ingezet of is er behoefte aan verdere verdieping. Met die laatste vraag is de cirkel rond want start het ophalen van kennisvragen opnieuw. Dit zou jaarlijks gedaan kunnen worden in ontwikkelsessies, die ook kwalitatieve input geven voor de monitor (zie [hoofdstuk 5](#)). Bij evaluatie is het belangrijk om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de dagelijkse praktijk van zorgverlening om daarmee professionals, maar ook cliënten en naasten meer eigenaar te maken van het proces van evaluatie en eventueel monitoring. Door bezig te zijn met evaluatie gaat namelijk ook een stimulerende werking uit in het kader van implementatie van kennis en het op de agenda hebben en houden van 'leren leren'.

/ 5 Monitoring

Eén van de mogelijkheden om in beeld te brengen en houden of de kenniscyclus werkt op zowel het niveau van 'stelselpartijen' als in de praktijk én vooral om te toetsen of aansluiting tussen kennisontwikkeling en implementatie en toepassing in de praktijk wordt gerealiseerd is gebruik te maken van een vorm van monitoring. Daarom komen we in dit deel van het rapport tot aanbevelingen om de monitoring van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg verder vorm te geven. We beginnen met het doel van de kennisinfrastructuur:

Het doel van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg is om de vakbekwaamheid en het handelen van de zorgverleners in de langdurige zorg continu te versterken. Daarnaast dient de kennisinfrastructuur de sector in bredere zin te bedienen. Naast zorgverleners in beginsel, is het belangrijk dat de kennisinfrastructuur zich ook richt op andere betrokkenen zoals cliënten en naasten, maar ook bestuurders en managers van zorgorganisaties. Dit vraagt om een permanente cyclus van vragen stellen, ontwikkelen, leren en evalueren.

Monitoring als hulpmiddel om te toetsen of aan gestelde doelen wordt gewerkt

Monitoring kan als hulpmiddel worden gebruikt om te toetsen of de doelstellingen van de kennisinfrastructuur worden behaald. Dat betekent dat monitoring in beeld brengt of ieder der partijen 'doet wat zij moeten doen' maar vooral of er voldoende samenhang is tussen de verschillende onderdelen en daarmee opdrachten die partijen uitvoeren. Immers in dit onderzoek, dat gezien kan worden als een nulmeting concludeerden we dat deze samenhang nog onvoldoende is. Daarnaast is er aandacht nodig voor de verbinding tussen kennisontwikkeling en implementatie in de praktijk. Ook hierin kan een monitor een bijdrage leveren. Daarbij is het belangrijk dat monitoring wordt bekeken vanuit zowel kwalitatief (verhalend) als kwantitatief (tellend) doel en dat monitoring niet zorgt voor een extra belasting bij partijen.

Er is een paradigmashift nodig in de langdurige zorg

De langdurige zorg richt zich op een optimale kwaliteit van leven voor een cliënt, ongeacht zijn of haar beperking. Om dit te bereiken zijn er zowel medische aspecten van belang, als aspecten die gaan over welzijn en welbevinden.

Je zou kunnen stellen dat een deel van de langdurige zorg draait om een juiste toepassing van richtlijnen en het borgen van kennis om goede (medische) zorg te bieden, ten dienste van een optimale kwaliteit van leven en welzijn bij de cliënt. Het andere deel gaat over het verlenen van persoonsgerichte zorg, het kijken en luisteren naar wat werkt, en belangrijk is voor de cliënt vanuit gedachtegoed van positieve gezondheid. Dit juist vanwege het belang van kwaliteit van leven voor de cliënten in de langdurige zorg, de behoefte aan zingeving en regie waar mogelijk, de diversiteit aan cliënten en de verschillende manieren waarop kwaliteit van leven wordt beïnvloed.

De sector maakt hierin al langer een paradigmashift door van focus op medische zorg naar meer aandacht voor kwaliteit van leven vanuit wat de cliënt belangrijk vindt, die echt in gang is gezet met de verschijning van de kwaliteitskaders gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Welzijn en persoonsgerichte zorg komen hierbij voorop te staan. Goede medische zorg is hieraan dienstverlenend of als randvoorwaardelijk te betitelen.

De monitor moet een hulpmiddel zijn voor cliënten professionals en zorgorganisaties

Hoe kunnen we in de monitoring van de kennisinfrastructuur langdurige zorg deze paradigmashift en beide perspectieven goed verankeren en borgen? Wat kan daarbij op het niveau van de professional, cliënt en tussen organisaties in beeld worden gebracht om een beeld te krijgen over het effect van kennisinfrastructuur en vooral het beoogde resultaat meer kwaliteit van leven voor de cliënt?

En belangrijker: hoe voorkomen we dat het monitoren niet een doel op zich wordt, maar een hulpmiddel voor cliënten en professionals, hun vertegenwoordigers, teams en organisaties (groot en kleiner) in de zorg?

De monitor moet leren en verbeteren in beeld krijgen en houden, begin bij de leefwereld met een kwalitatieve monitor

Een monitor suggereert een deels kwantitatieve analyse en registratie, met bijbehorende verplichtingen. In de praktijk van de kennisinfrastructuur langdurige zorg ligt het accent eerder op kwalitatieve duiding.

Onze suggestie is dus vooral en zoveel mogelijk rechtstreeks én bij cliënten, familie en professionals op te halen hoe zij het lerende karakter ervaren van hun leef-, woon en werkomgeving. Breng de leefwereld hiermee in stelling. Geef ze een podium en geef hier minstens net zo veel ruimte aan dan aan een kwantitatieve monitoring. Dit kan goed door te werken met regionale werkbijeenkomsten (kennisdialogen). In dit onderzoek is in vier regio's een digitale (in verband met Corona) bijeenkomst georganiseerd waarbij vanuit het perspectief van professionals (zorgverleners), cliënten (georganiseerde partijen), onderwijs en soms onderzoek uitgewisseld is hoe binnen een regio de samenwerking verloopt en welke aandachtspunten er zijn om kennis beter bij de driehoek cliënt - professional - naaste te laten krijgen. De kennisdialogen kunnen gevoed worden door gericht en gestructureerd regionaal uit te voeren onderzoek onder cliënten/ naasten en professionals.

Onderwerpen die meegenomen kunnen worden tijdens een kennisdialoog (en mogelijk voorafgaand in beeld gebracht) zijn:

- ▶ In hoeverre ervaren cliënten/ naasten een cultuur van leren, ontwikkelen en fouten durven maken in de regio?
- ▶ In hoeverre ervaren professionals ruimte om te leren (vakverbetering) in de dagelijkse praktijk?
- ▶ In hoeverre vindt samenwerking tussen onderwijs en zorg plaats? Zijn er bijvoorbeeld manieren om samenwerking tussen onderwijs en praktijk te verbeteren en studenten, docenten en professionals met elkaar te laten samenwerken?
- ▶ In hoeverre vindt uitwisseling van kennis tussen zorgorganisaties plaats? Is er een lerend netwerk waarin van elkaar wordt geleerd? Zo ja, is dit gericht op specifieke doelgroepen / thema's, sectoren?
- ▶ Op welke manier vindt aansluiting tussen onderzoek en praktijk plaats? Zijn professionals en cliënten/naasten betrokken?

Door bij dergelijke regionale sessies ook het zorgkantoor te betrekken kan ook direct een gezamenlijke stimulanus worden gegeven aan de verdere verspreiding van kennis. Immers het zorgkantoor komt in het kader van haar inkoop bij veel zorgorganisaties in een regio over de vloer en kan verdere verspreiding van kennis een duwtje in de rug geven. Tevens kunnen de uitkomsten uit regionale sessies samengebracht worden op landelijk niveau t.b.v. signalering, agendering en afstemming tussen stelselpartijen.

Voeg kwantitatieve elementen toe op basis van bestaande databronnen zodat de administratieve belasting beperkt is en blijft

Naast de kwalitatieve blik op monitoring is het ook mogelijk om via bestaande bronnen gegevens te verzamelen. Gezien de hoge administratieve druk in de zorg is het extra belangrijk dat professionals,

zoals verpleegkundigen, betrokken worden bij de vraag welke informatie zij zélf zouden willen vastleggen. Administratie wordt vooral als overbodig ervaren als je zelf niets aan de geregistreerde gegevens hebt en niet terugziet wat er mee gebeurt. Deze terugkoppeling en inbedding in het reguliere zorgproces is belangrijk. Vanuit diverse veldpartijen wordt ook de zorg geuit dat er een extra manier van registreren bijkomt die weinig zicht geeft op wat er werkelijk aan kennisuitwisseling en -toepassing plaatsvindt. Daarnaast wordt aangegeven dat zorgorganisaties en professionals zelf geen meerwaarde ervaren van dergelijke monitoring, op het moment dat zij geen terugkoppeling ontvangen en dus niet zelf aan de slag kunnen met de uitkomsten. Het voorkomen van administratieve belasting (door bijvoorbeeld het gebruiken van bestaande registraties) en het goed terugkoppelen van gebruikte data zijn dan ook randvoorwaarden om draagvlak voor een mogelijke kwantitatieve monitor te verkrijgen.

Dat draagvlak begint bij de vraag welke data zijn zinvol om te monitoren en vervolgens met het terugkoppelen van de uitgevraagde gegevens. Het beeld bestaat bij de onderzoekers dat er al best relevante data beschikbaar zijn maar dat deze vooralsnog nergens worden gecombineerd en gepresenteerd waardoor er geen duidelijk zicht is op de beschikbare gegevens. De kwantitatieve gegevens kunnen als basis worden gebruikt voor de vraagstelling die in de kwalitatieve onderzoeksronde verder wordt uitgediept.

Bovendien kan de kwantitatieve data samen met een bundeling van de kwalitatieve gegevens worden gebruikt om ook op stelselniveau partijen te prikkelen en uit te dagen om de kennisinfrastructuur te verbeteren. Bijvoorbeeld op basis van data over de koppeling tussen onderzoek en praktijk (hoeveel onderzoeken hebben daadwerkelijk praktijk betrokken) en nog sterker verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk middels duobanen.

We geven een voorstel van indicatoren om te monitoren, waarbij er nog een selectie kan worden gemaakt

We doen in [Bijlage C](#): Blauwdruk voor de monitor een eerste voorstel om de kwantitatieve monitoring op te bouwen vanuit het doel van de kennisinfrastructuur, waarbij leren en verbeteren centraal staat.

Dit voorstel bestaat uit indicatoren in zes richtingen:

- ▶ Beschikbare data op het gebied van leren en ontwikkelen door professionals
- ▶ Beschikbare data op het gebied van uitwisseling van kennis tussen organisaties
- ▶ Beschikbare data op het gebied van verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk
- ▶ Beschikbare data op het gebied van gebruik van kennisproducten
- ▶ Beschikbare data op het gebied van kwaliteit van zorg
- ▶ Beschikbare data op het gebied van cliëntperspectief op het gebied van kennisontwikkeling

Hierbij zeggen de indicatoren in bepaalde richtingen, zoals 'op het gebied van leren en ontwikkelen door professionals' meer over de kennisinfrastructuur en het leren en verbeteren, dan anderen, zoals op het gebied van kwaliteit van zorg, maar kan het wel van meerwaarde zijn om hierop te monitoren.

/ 6 Governance

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de sturing binnen de doorontwikkeling van de kennisinfrastructuur langdurige zorg ingericht kan worden. We gaan hierbij in op de verschillende rollen die we onderscheiden en ook op welke niveaus sturing behulpzaam is. Tot slot zetten we uiteen welke partijen een logische rol in kunnen nemen binnen de verschillende onderdelen van de kenniscyclus, als in de regierol van de kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel.

Een goede governance vraagt dat verschillende rollen structureel belegd worden

Met governance van de kennisinfrastructuur bedoelen we helder en expliciet gemaakte afspraken over wie (welke organisatie), wanneer, welke rol vervult met welk mandaat. Ook afspraken over financiering behoren hiertoe. Op dit moment is er geen duidelijke, expliciet gemaakte rolverdeling met bijbehorende afspraken over wie waar verantwoordelijk voor is of regie op voert.

We zien de volgende rollen die in ieder geval georganiseerd moeten worden:

- ▶ **Regie op de verschillende elementen van de kennisinfrastructuur:** er zijn geen duidelijke regisseurs op de elementen van de kennisinfrastructuur. Alle betrokken partijen doen een bijdrage vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid, maar er is beperkte afstemming binnen en tussen de elementen. We zien hierin een onderscheid tussen landelijke en regionale regie, waarbij regionaal vooral de uitwerking in de praktijk centraal staat en landelijk de focus ligt op het vaststellen van een agenda, het programmeren van onderzoek en het ontsluiten van kennis door het gehele land.
- ▶ **Evaluatie van het functioneren van kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel:** verschillende partijen hebben een (deel)evaluatie gedaan of voeren evaluaties uit op één van de elementen, maar er is geen partij die structureel evalueert, noch op het niveau van de impact van de verschillende elementen noch als het gaat om het functioneren van de gehele kennisinfrastructuur.
- ▶ **Regie op de gehele kennisinfrastructuur:** regie op de kennisinfrastructuur houdt in dat er gestuurd wordt op wat er noodzakelijk is. Momenteel is de regie op de kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel niet expliciet belegd.

De governance moet worden geborgd op verschillende niveaus

We onderscheiden dat er een verschillende governance kan zijn op micro-, meso- en macroniveau van de kennisinfrastructuur, wat zich vertaalt naar:

- ▶ **Organisatieniveau (micro):** per zorgorganisatie vraagt dit het creëren van ruimte om kennis tot je te nemen of te participeren in onderzoek en kennis onderling uit te wisselen. Hierbij is de zorgorganisatie zelf verantwoordelijk om capaciteit te creëren om kennis toepasbaar te maken in eigen organisatie en zijn de academische werkplaatsen en onderzoekers verantwoordelijk voor het betrekken van de praktijk (professionals, cliënten en naasten). Dit raakt aan de ontwikkelrichtingen 3 en 5 uit [hoofdstuk 4](#).
- ▶ **Regionaal niveau (meso):** regionaal vraagt de kennisinfrastructuur sturing op samenwerking tussen onderzoek, onderwijs en zorg, maar ook op dat er uitwisseling plaatsvindt tussen de verschillende type organisaties, bijvoorbeeld de academische werkplaatsen die de praktijk en het onderwijs betrekken. Dit raakt aan ontwikkelrichtingen 1, 2 en 4 uit [hoofdstuk 4](#).
- ▶ **Landelijk niveau (macro):** landelijk is het noodzakelijk dat de onderdelen van de kenniscyclus goed op elkaar aansluiten en dat per onderdeel er een gedeelde visie is van wat er nodig is en welke prioriteiten worden gesteld. Hierbij is het belangrijk dat er een goede aansluiting is in elk onderdeel met de praktijk en het onderwijs, en dat er structureel inspraak is van cliënten en

naasten(vertegenwoordiging). Op landelijk niveau moet gekeken worden met de stelselpartijen hoe er het beste voorzien kan worden in de randvoorwaarden voor implementatie. Dit sluit aan bij de ontwikkelrichtingen 1 en 6 uit [hoofdstuk 4](#).



Figuur 3: Elementen in de kenniscyclus waar regie op gevoerd moet worden

In de komende paragrafen richten we ons op de governance op het landelijke en regionale niveau. De governance op organisatieniveau is aan organisaties zelf.

Duid de verschillende rollen en verantwoordelijkheden in de kennisinfrastructuur

Bij het organiseren van een passende en werkende governance structuur is het van belang dat er gedeeld begrip is over de verschillende rollen die vervuld kunnen en moeten worden. Er zijn verschillende modellen die hiervoor gebruikt kunnen worden, zoals het RASCI-model (Responsible, Accountable, Supportive, Consult en Inform). Voor het vereenvoudigen van de besluitvorming en komen tot beslissingen kan het RAPID-model (Recommend, Agree, Perform, Input, Decide) helpend zijn, waarbij de partijen wisselende rollen hebben (zie [Bijlage D](#)). Degene die 'accountable' is, is daarmee ook eindverantwoordelijk voor de regie.

Per element, taak of onderwerp kan bepaald worden welke organisatie of welk gremium welke rol vervult. De waarde hiervan is in de eerste plaats het gesprek hierover en in de tweede plaats de duidelijkheid die het expliciet maken van deze verdeling biedt. Hierbij moet worden opgemerkt dat het geen statisch model is. Het heeft meerwaarde om een lerend aspect aan de governance toe te voegen. Periodiek moet gereflecteerd en geëvalueerd worden of organisaties/gremia de juiste rol vervullen ten aanzien van de gezamenlijk bepaalde opgave. Daarbij is het wel belangrijk dat er duidelijke afspraken worden gemaakt tussen partijen om vrijblijvendheid te voorkomen.

In dit onderzoek doen we een voorstel voor partijen die voor verschillende onderwerpen binnen de kenniscyclus op passende wijze de regierol op zich kunnen nemen. Tegelijkertijd kan het van meerwaarde zijn om in de volgende fase de kennisinfrastructuur de invulling van de rollen verder uit te werken en te voorzien van randvoorwaarden. Daarnaast is het van belang om aandacht te hebben voor de haalbaarheid voor het invullen van de verschillende rollen. Van daaruit kunnen partijen bepalen wie per onderdeel op welke wijze betrokken wordt.

Cliëntenpartijen zijn op het landelijke en regionale niveau essentieel om te betrekken, maar zijn geen logische regiehouder

Cliëntenorganisaties zijn essentieel in de kennisinfrastructuur, omdat zij de cliënten en daarmee de opgave vertegenwoordigen. Ze zijn bij bijna alle niveaus betrokken, en moeten daarmee ook proactief worden betrokken door de regie voerende partijen. Op landelijk niveau kunnen cliëntenorganisaties bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen bij het mede-inrichten van de kennisagenda. Zij hebben daarmee een centrale rol en worden geconsulteerd op de verschillende onderdelen zowel landelijk als regionaal. Op het microniveau van de governance van de zorgorganisatie kunnen cliëntenraden een expliciete rol krijgen in de evaluatie van de kennisuitwisseling. Voorwaarde kan zijn om cliënten en naasten te betrekken het implementeren van passende werkwijzen.

Per onderdeel van de kenniscyclus is er een vorm van landelijke aansturing en regionale aansturing nodig

De regie binnen de onderdelen van de kennisinfrastructuur is vaak niet expliciet belegd. Voor verschillende onderdelen van de kennisinfrastructuur zijn meerdere partijen bezig met uitvoeren van acties. Dat leidt tot rolonduidelijkheid en ongewenste hiaten of overlap van activiteiten. Door per onderdeel de regie bij een specifieke partij te beleggen, komt er meer rust en duidelijkheid in het stelsel, waardoor er meer aandacht kan gaan naar de inhoudelijke ontwikkeling. De partij die de regie heeft, hoeft niet de (volledige) uitvoering zelf ter hand te nemen, maar moet uiteraard wel verbinding leggen met alle betrokken partijen per onderdeel, inclusief onderwijsinstellingen en cliëntenkoepels. Op de volgende pagina staat in figuur 4 een voorstel voor welke partij welke regietaak zou moeten oppakken. We gebruiken dit figuur om te beschrijven waar de regie het beste kan liggen op de verschillende onderdelen voor zowel het landelijke niveau als het regionale niveau.

De keuze om de regie bij één partij te beleggen en niet voor een meer organische netwerksamenwerking te kiezen, hangt samen met de huidige stand van de samenwerking tussen partijen. Hoewel een kennisinfrastructuur zich in principe goed zou lenen voor een netwerksamenwerking, is er op dit moment vooral op landelijk niveau aan te veel randvoorwaarden voor een constructieve netwerksamenwerking niet voldaan:¹¹ zo is er onvoldoende duidelijkheid over en een gedeelde definitie van het vraagstuk en het doel, wederzijds vertrouwen en structuur om sturingsafspraken te maken. Daarom adviseren we om niet in te zetten op de netwerksamenwerking als belangrijkste vehikel, maar de regie duidelijk te beleggen, en zo richting te geven aan de verschillende elementen in de kennisinfrastructuur, een duidelijke verantwoordelijkheid te creëren en weg te bewegen van vrijblijvendheid. Vanzelfsprekend zijn wel alle partijen nodig om de kennisinfrastructuur tot een succes te maken en moet er in de uitvoering en regionaal dus wel in netwerken worden gewerkt. Landelijk moeten bestaande overleggen van partijen, waaronder gremia als het Beter-Wetenoverleg, de Kenniscoalitie gehandicaptenzorg en de stuurgroepen kwaliteitskaders gehandicaptenzorg of verpleeghuiszorg, worden geconsulteerd. Daarnaast kan het van meerwaarde zijn om met de landelijke regiepartijen een apart overleg in te richten voor afstemming los van het Beter-Wetenoverleg.

¹¹ Integrative Framework for Collaborative Governance, Emerson, Nabatchi & Balogh (2012) (<https://academic.oup.com/jpart/article/22/1/1/944908>)

Evaluëren

Binnen de kennisinfrastructuur zorgen partijen die de andere elementen uitvoeren zelf voor de uitvoering van de evaluaties

- Centraal - regie op deze evaluaties, realisatie van acties, en consequenties die daaraan verbonden worden: ZIN
- Centraal - evaluatie en monitoring van de gehele kennisinfrastructuur: ZIN (regie, uitvoering en terugkoppeling van monitor)

Kennisproducten ontwikkelen en implementeren

- Centraal - bevorderen van implementatie: ZonMw
- Centraal - aansluiten bij behoeften professionals en cliënten en naasten*: per sector één van de relevante branches óf Vilans
- Centraal - doelgroepgericht beschikbaar maken: Vilans
- Decentraal - implementeren: zorgorganisaties en zorgkantoren met randvoorwaarden vanuit ZINL



Kennisvragen inventariseren

- Decentraal - ophalen van kennisvragen: Academische werkplaatsen, cliëntenorganisaties, en beroepsverenigingen
- Centraal - samenbrengen van kennisvragen: Vilans

Onderzoek programmeren

- Centraal - kennisagenda opzetten en actualiseren: ZonMw en Vilans

Onderzoek doen

- Decentraal - uitvoering: Academische werkplaatsen
- Centraal - verzamelen en overzicht: ZonMw

* Inclusief kennisontwikkeling op hoe dit te doen en het betrekken cliëntenorganisaties, beroeps- en brancheverenigingen

Figuur 4: mogelijke governance van de kennisinfrastructuur

Het figuur geeft per element van de kenniscyclus weer welke regie gevoerd moet worden op welke onderdelen, en een voorstel voor de partijen die dit op basis van huidige taken goed kunnen invullen.

De regie op het ophalen van kennisvragen op landelijk niveau is het beste geborgd bij Vilans

Vilans op landelijk niveau, en de academische werkplaatsen op regionaal niveau hebben een grote rol in de aansturing en samenwerking met andere partijen op het gebied van kennisvragen inventariseren. Vilans heeft met ZonMw hebben eerder al een rapport geschreven over de kennisvragen onder professionals¹². Gezien haar activiteiten en verbinding met zorgorganisaties, academische werkplaatsen, cliëntenorganisaties en beroeps- en brancheverenigingen heeft Vilans een sterke uitgangspositie voor het ophalen van kennisvragen. Het maakt Vilans een logische partij om de regie te beleggen voor het zorgen dat de kennisvragen vanuit diverse hoeken bij elkaar komen, in samenwerking met deze partijen.

Het ophalen van kennisvragen op het regionale niveau sluit aan bij de huidige taken van de academische werkplaatsen

De academische werkplaatsen zijn binnen hun eigen netwerk actief in het ophalen van kennisvragen, dit gebeurt regionaal per academische werkplaats. Het is passend dat zij hier regie in nemen in eigen regio, in samenspraak met cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen, en Vilans voor de landelijke afstemming.

Het programmeren van kennis vraagt een gezamenlijke kennisagenda, die door Vilans en ZonMw kan worden beheerd

Het vertalen van kennisvragen naar eenduidig programmeren van onderzoek vraagt een afgestemde en gedragen kennisagenda. Hierin kunnen de partijen die aan beide kanten staan van de kennisagenda het beste regie pakken: Vilans vanuit hun zicht op de kennisvragen die spelen bij professionals, cliënten en naasten, en ZonMw vanuit hun grote rol in het programmeren van onderzoek. Gezamenlijk kunnen Vilans en ZonMw de regierol pakken en zorgen voor een actuele en gedragen kennisagenda, die verbinding heeft met de vragen die leven in de praktijk van professionals, cliënten en naasten, en vragen die voortkomen uit het onderzoek, zoals zij eerder succesvol hebben gedaan bij het komen tot een inventarisatie van kennisvragen en de daaruit vloeiende onderwerpen voor onderzoek.

Het centrale overzicht van welk onderzoek wordt gedaan is het meest passend belegd bij ZonMw

ZonMw heeft als grote financier en programmeur van onderzoek in de zorg het meeste zicht op welke onderzoeken er lopen. Vanuit dit overzicht is het passend om hen regie te geven op het creëren van overzicht in de sector van al het relevant onderzoek wat loopt en dit actueel te houden. Vanzelfsprekend zijn er andere partijen actief met het programmeren en financiering van onderzoek. Het komen tot een actueel overzicht vraagt dus afstemming met andere partijen, en het creëren van één plek waar deze informatie bij elkaar komt en ontsloten wordt.

De aansturing van het bevorderen van implementatie kan worden geborgd bij ZonMw

Onderzoek kan niet los worden gezien van implementatie. Vanuit hun rol als programmeur van vele onderzoeken kan ZonMw goed zicht houden op hoe de implementatie beter kan en welke randvoorwaarden er geschapen kunnen worden op de plekken eerder in de cyclus om implementatie te bevorderen, zoals het opnemen van voorwaarden om implementatie te bevorderen in het financieren van onderzoek. Hiermee is ZonMw ook al actief in experimenten in het kijken hoe implementatie al vanaf het begin aandacht krijgt in het onderzoek en hoe goed implementeert. Tegelijkertijd komen ook

¹² [Rapport Kennisvragen Langdurige Zorg, 2020 \(kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl\)](https://www.kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl)

hier andere kanten bij kijken zoals financiële ruimte voor implementatie bij zorgorganisaties. ZonMw kan hier een regisserende rol innemen, in samenspraak met branche- en beroepsorganisaties, Zorginstituut Nederland en zorgkantoren. Anderszins is er een grens aan wat ZonMw kan doen. Dat maakt dat ZonMw hier een nadrukkelijke afhankelijkheid van partijen heeft die meer invloed hebben op de zorgorganisaties zelf, zoals zorgkantoren en zorgorganisaties.

Het laten aansluiten van kennis op de verschillende behoeften kan goed worden geborgd bij Vilans, in samenwerking met de relevante partijen per sector

Zoals al uitgelegd elders in dit rapport zijn veel partijen hiermee bezig, die elk hun functie hebben en zich richten op hun eigen doelgroep. Om te voorkomen dat er hiaten vallen en/of werk dubbel wordt gedaan, is het belangrijk dat één partij regie en coördinatie voert op de diverse sectoren. In de huidige praktijk leveren vooral Vilans, ZonMw en in mindere mate beroeps- en brancheverenigingen partijen een belangrijke bijdrage aan het verzamelen en toegankelijk maken van kennis voor diverse doelgroepen. Deze vertaling van kennisproducten is essentieel in het laagdrempelig beschikbaar maken van de juiste kennis voor de juiste groep. Vilans heeft met de kennisplatformen en de manier waarop Vilans nu kennis ontsluit een belangrijke rol in het toegankelijk, begrijpelijk en toepasbaar maken van deze kennis. Daarmee kan Vilans goed de regierol nemen over de sectoren heen en in coproductie met andere relevante partijen per sector de regie voeren en hier goed uitvoering aangeven.

Het doelgroepgericht beschikbaar maken van kennis kan structureel worden belegd bij Vilans

Naast het toegankelijk en toepasbaar maken van kennis voor professionals en informele zorgverleners, is Vilans met de kennispleinen, die met meerdere partijen worden beheerd, ook een centrale speler in het beschikbaar maken van diverse type kennis(producten) op het gebied van ondersteuning en zorg in de langdurige zorg. Tegelijkertijd landt er nog veel kennis en producten niet op deze platformen en liggen er kansen in het ontsluiten van de specifiekere platformen voor professionals. Het lijkt het meest passend als Vilans hier regie op voert, en daarbij afstemt met de andere partijen die de diverse platformen beheren en kennisproducten verspreiden voor de verschillende doelgroepen.

Implementatie op het decentrale niveau vraagt regie bij de zorgorganisaties zelf, waarbij zorgkantoren een faciliterende en stimulerende rol kunnen innemen

Uiteindelijk staan de zorgorganisaties zelf aan de lat om binnen eigen organisatie regie te voeren op de kennisimplementatie. Zij bepalen hoe en wat er wordt geïmplementeerd en waar ruimte voor is bij professionals. Wel kunnen andere partijen, zoals de zorgkantoren en het ministerie van VWS kijken naar welke mogelijkheden er zijn om de zorgorganisaties hier meer in te faciliteren.

De evaluatie per onderdeel valt onder de partij die voor dat onderdeel de regie heeft

Per onderdeel moet gekeken worden naar of het doel wordt bereikt en of de activiteiten bijdragen aan de kennisuitwisseling en daarmee aan de kwaliteit van leven van cliënten. We stellen voor dat elke partij die regie heeft zelf deze evaluatie uitzet en uitvoert. De bevindingen hiervan kunnen breder worden gedeeld in de bestaande overlegstructuren, zoals het Beter-Wetenoverleg, waarbinnen in ieder geval VWS als stelselverantwoordelijke ook haar rol moet pakken in het komen tot afspraken naar aanleiding van deze evaluaties. De evaluatie is belangrijk om weg te bewegen van de vrijblijvendheid en telkens te kijken hoe de kennisinfrastructuur verder versterkt kan worden.

De regie op de evaluatie van de kennisinfrastructuur zelf en de monitor kan worden belegd bij Zorginstituut Nederland

Het Zorginstituut heeft vanuit haar adviserende rol en haar wettelijke kwaliteitstaken een logische regierol in de evaluatie van de kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel. Het Zorginstituut staat als stelselpartij buiten de kenniscyclus, maar heeft wel het overzicht van de langdurige zorg en de betrokkenheid om te evalueren hoe de kennisinfrastructuur versterkt kan worden. Daarnaast passen deze werkzaamheden bij het doel van het Zorginstituut van continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het voor iedereen toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg¹³. De monitor voor de kennisinfrastructuur, waarvoor in [hoofdstuk 5](#) een manier van kwalitatieve monitoring wordt beschreven en in [bijlage C](#) een lijst aan indicatoren wordt voorgesteld, kan gebruikt worden om te evalueren of de kennisinfrastructuur effectief bijdraagt aan het leren en ontwikkelen van professionals, en daarmee kwaliteit van leven van de cliënten. Dit vraagt ook de terugkoppeling en spiegelinformatie aan de zorgorganisaties, om zo zorgorganisaties te faciliteren in het leren en ontwikkelen en te ondersteunen met betrouwbare informatie.

De algehele regie op de kennisinfrastructuur langdurige zorg is het beste belegd bij het ministerie van VWS

De regisseurs van de verschillende onderdelen van de kenniscyclus moeten uiteraard onderling afstemmen om ervoor te zorgen dat de aansluiting tussen de onderdelen goed verloopt. Daarnaast is er sturing nodig op de kenniscyclus als geheel. Het ministerie van VWS kan als stelselverantwoordelijke de algehele regie op de kennisinfrastructuur van de langdurige zorg nemen. Het ministerie is immers als partij verantwoordelijk voor het gehele stelsel en infrastructuur van de zorg, inclusief het bevorderen van voldoende samenhang tussen partijen en ontwikkelen. Het ministerie van VWS heeft een rol in het (mede-)inrichten van passend beleid in de sector om de kennisimplementatie te stimuleren, in het organiseren van de juiste geldstromen, het aansturen van diverse functies en beleggen van mandaat bij de aangewezen partijen op met name landelijk niveau. Vanuit deze rollen kan het ministerie van VWS ook ontwikkelingen op het gebied van implementatie faciliteren en waar nodig verplicht stellen. Dit vraagt keuzes over koers en richting, die continu gevoed moeten worden door partijen in het veld. Daarvoor is afstemming nodig vanuit het ministerie van VWS met de betrokken (koepel)organisaties uit het onderwijs en de sector, en het ministerie van OCW over waar het curriculum van de diverse beroepsopleidingen op in moet zetten en wat hierin mogelijk is. Dit vraagt de koers over kabinetsperiodes met enige zekerheid vast te houden: ontwikkelrichtingen in een kennisinfrastructuur duren regelmatig langer dan vier jaar en hebben tijd nodig om tot wasdom te komen.

De zorgkantoren en IGJ kunnen vanuit hun rol in het bekostigen van de zorg en als toezichthouder een grotere rol spelen in het stimuleren van implementatie

De zorgkantoren hebben vanuit hun rol in de bekostiging van de zorg mogelijkheden om op diverse manieren aandacht te vragen voor implementatie van (nieuwe) kennis en dit te stimuleren, ook via financiële middelen. In samenwerking met het IGJ, en eventueel het Zorginstituut en de NZa, kunnen zij regie nemen op het wegnemen van belemmeringen voor implementatie, en leren en ontwikkelen van professionals stimuleren door dit te agenderen en te verkennen hoe hier financieel ook de juiste prikkels worden gecreëerd. Tegelijkertijd laten ze hiermee de inhoud aan de sector en blijft het bij een faciliterende en stimulerende rol. Het IGJ kan dit versterken vanuit de inspecties die zij doen bij zorgorganisaties. Zij komen in de praktijk van de zorgorganisatie en kunnen daarmee zicht krijgen in hoeverre cultuurverandering plaatsvindt en er voldoende ruimte is voor 'leren leren'.

¹³ Position paper Zorginstituut Nederland. Ook in de toekomst van goede zorg verzekerd. December 2020.

De IGJ en de zorgkantoren kunnen hierbij een verbinding vormen tussen het landelijke beleid en de regionale uitwerking daarvan om kennisuitwisseling en -implementatie te stimuleren. Ook kunnen zorgkantoren rol spelen in het verspreiden van goede voorbeelden. Dat doen zij deels ook al via het inkoopkader Wlz waarbij speerpunten rondom arbeidsmarkt door veel zorgkantoren worden genoemd en waar kennisverbetering tot stand wordt gebracht. Er is op dit moment echter geen aansluiting tussen zorgkantoren en IGJ in de kennisinfrastructuur, terwijl zij juist belangrijke input kunnen leveren en met samenwerking implementatie kunnen bevorderen. Het Zorginstituut kan hierin agenderend zijn om met zorgkantoren en IGJ te verkennen wat dit vraagt aan handelingsruimte, en waar nodig kunnen zij met het ministerie van VWS en de NZa kijken naar experimenteerruimte, zoals nieuwe betaaltitels. Hierbij kan de afweging uiteindelijk op landelijk niveau zijn dat er meer budget naar de partijen gaat die actief zijn in de implementatie en samenwerking om kennis uit te wisselen.

/ 7 Conclusies en adviezen

De huidige kennisinfrastructuur langdurige zorg kenmerkt zich door fragmentatie en onduidelijkheid over rollen

De term 'kennisinfrastructuur' suggereert een samenhangend en geordend instrumentarium. De kennisinfrastructuur langdurige zorg is echter een complex systeem, waarin veel verschillende partijen betrokken zijn en waar slechts in beperkte mate sprake is van samenhang en ordening. Dit hangt deels samen met de aard van het vraagstuk: een gecentraliseerd stelsel kan niet voorzien in alle vragen van een decentrale en sterk veranderende uitvoering. Enige stroomlijning is echter wel mogelijk en nodig, om tot een duidelijk beeld te komen van de rollen en activiteiten, en te stimuleren dat er een lerende ontwikkeling plaatsvindt op het niveau van de kennisinfrastructuur.

In de afgelopen jaren is er sterk ingezet op het ontwikkelen van een kennisinfrastructuur. Daarbij is gewerkt vanuit energie: partijen kregen ruimte om zaken op te pakken die zij belangrijk vonden. Dat heeft tot veel beweging geleid, en het belang van leren in het veld gemeengoed gemaakt.

Inmiddels is de kennisinfrastructuur toe aan een volgende stap. Stimuleren waar energie voor is, is een goede strategie voor een beginnende kennisinfrastructuur, maar leidt ook tot fragmentatie. Binnen de kenniscyclus zien we de beperkte samenhang bij en tussen de verschillende onderdelen. Partijen zijn niet op de hoogte van wat anderen doen, waardoor er dubbel werk gedaan wordt of juist hiaten ontstaan. Dit speelt op alle onderdelen van de kenniscyclus.

In het bijzonder wordt er niet structureel geëvalueerd of kennis landt in de praktijk en daarmee mogelijk invloed heeft op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van de cliënt. Ook worden de zogenaamde 'eindgebruikers'; professionals, naasten, informele zorgverleners en cliënten, zelden betrokken in evaluaties. Daardoor is niet altijd duidelijk of de kwaliteit daadwerkelijk toeneemt doordat er meer kennis aanwezig is en of de toename van kennis uit onderzoek ook leidt tot meer kennis in de praktijk.

Advies aan het ministerie van VWS

Onderken dat de kenniscyclus klaar is om naar een volgende ontwikkelfase te bewegen en pas de sturing daarop aan: niet meer op basis van energie, maar uitgaand van wat nodig is in de sector.

In de toekomstige kennisinfrastructuur langdurige zorg dient vooral aandacht uit te gaan naar de implementatie

Voor alle onderdelen van de kennisinfrastructuur zijn verbetermogelijkheden aan te wijzen. Tegelijkertijd moet onderkend worden dat de sector onder grote druk staat: de vraagstukken en de context in de langdurige zorg veranderen snel, en de personeelstekorten drukken zwaar op de sector. De aandacht voor kennis en de inbedding van de kennisinfrastructuur moet in verhouding staan tot de andere opgaven van de sector. Dat betekent dat niet alles tegelijk kan en er dus geprioriteerd moet worden.

Op dit moment ligt het grootste knelpunt in het implementeren van kennis(producten). Veel van de beschikbare kennis vindt zijn weg niet naar de werkvloer. In die context helpt het niet om méér kennis te ontwikkelen, maar moet gewerkt worden aan de zwakste schakel in de cyclus: het naar de praktijk brengen en daadwerkelijk implementeren van nieuwe kennis - met de behoefte van de cliënten en

naasten als informele zorgverleners als uitgangspunt. Zo komt kennis daadwerkelijk bij de praktijk terecht en kan het bijdragen aan de kwaliteit van leven van cliënten.

Advies aan het ministerie van VWS | Focus op een beperkt aantal ontwikkelrichtingen gezien het veld van de langdurige zorg onder druk staat.

Advies aan het veld als geheel en het ministerie van VWS in het bijzonder | Zet ontwikkelkracht in op het bevorderen van de implementatie, gezien dit momenteel is waar de meeste winst te behalen valt in de kennisinfrastructuur.

Vijf ontwikkelrichtingen hebben prioriteit in de doorontwikkeling

We concluderen dat er vijf ontwikkelrichtingen zijn die prioriteit hebben om het toepassen van kennis in de praktijk te versterken.

- ▶ Het creëren van een context waarin ruimte is voor kennisontwikkeling. Juist in de langdurige zorg, waar tijd en middelen schaars zijn, is het nodig om expliciet ruimte te maken voor kennisontwikkeling en medewerkers het comfort te geven dat zij kunnen en mogen leren.
- ▶ Beter benutten en waarderen van practice-based evidence, naast het momenteel centraal staande evidence-based practice. Deze manier van kennisontwikkeling past goed bij de context van de langdurige zorg, de behoefte van cliënten en het type zorgprofessional dat de langdurige zorg rijk is.
- ▶ Verbeteren van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van kennis voor zorgprofessionals. Daarbij gaat het niet alleen om het beschikbaar maken van klassieke leermiddelen, maar juist ook om het ontwikkelen van nieuwe vormen die aansluiten bij de leerstijl van professionals in de langdurige zorg.
- ▶ Versterken van de aansluiting met het onderwijs, omdat met name hier andere werkwijzen gestimuleerd kunnen worden, een cultuur van leren gecreëerd kan worden en geleerd kan worden hoe een cliënt en zijn/haar behoeften centraal kunnen komen te staan.
- ▶ Centraal stellen van cliënten en naasten, waar mogelijk door hun te laten participeren. Hierdoor kan kennis veel meer op maat ontwikkeld worden en kan recht worden gedaan aan het centraal stellen van de behoefte van de cliënt in de langdurige zorg.

Advies aan het veld als geheel en in het bijzonder de regiehouders op specifieke onderdelen |

Bepaal gezamenlijk met de betrokken partijen, inclusief onderwijs en cliëntenkoepels, per ontwikkelrichting welke oplossingsrichtingen helpend zijn, welke stappen er concreet gezet moeten worden om dit de komende periode te gaan versterken en de partijen die hiermee aan de slag gaan.

Het monitoren van de kennisinfrastructuur langdurige zorg dient vooral kwalitatief ingestoken te worden

Het monitoren van de kennisinfrastructuur langdurige zorg moet passen bij de context van de langdurige zorg en geen aanvullende administratieve lasten met zich mee brengen. De monitor moet leren en verbeteren in beeld krijgen en houden. Dit vraagt een kwalitatieve monitor, aangevuld met kwantitatieve indicatoren waar mogelijk. Naast de kwalitatieve blik op monitoring is het ook mogelijk om via bestaande bronnen gegevens te verzamelen. Dat begint bij de vraag welke data zinvol zijn om te monitoren en vervolgens ook met het terugkoppelen van de uitgevraagde gegevens. De kwantitatieve gegevens kunnen als basis worden gebruikt voor de vraagstelling die in de kwalitatieve onderzoeksronde verder wordt uitgediept.

Advies aan Zorginstituut Nederland | Haal voor de monitor van de kennisinfrastructuur zoveel mogelijk informatie zo rechtstreeks als mogelijk op bij cliënten, naasten en professionals over hoe zij ervaren dat het leren en ontwikkelen plaatsvindt en wat hun hierbij helpt.

Advies aan Zorginstituut Nederland | Selecteer daarnaast voor de monitor welke kwantitatieve data zinvol zijn.

Advies aan Zorginstituut Nederland | Creëer op basis van de monitor spiegelinformatie voor zorgorganisaties.

De toekomstige kennisinfrastructuur is gebaat bij een duidelijke en expliciete rolverdeling met afspraken over verantwoordelijkheden en regie

Het huidige veld is zowel organisatorisch als inhoudelijk te gefragmenteerd om zonder regie tot een coherente en werkende kennisinfrastructuur te komen. In de toekomstige kennisinfrastructuur langdurige zorg is daarom regie nodig op de verschillende elementen van de kennisinfrastructuur en de kennisinfrastructuur als geheel. De regie moet geborgd worden op verschillende niveaus: organisatieniveau (micro), regionaal niveau (meso) en landelijk niveau (macro). Partijen die de regie krijgen, voeren de bijbehorende taken niet per se zelf uit: vaak gebeurt dit juist in samenspraak met of zelfs volledig door andere partijen. De partij die regie heeft kan echter wel zorgen voor een samenhangende richting en afstemming met andere onderdelen in de kenniscyclus. Dit maakt het ook beter mogelijk om de kennisinfrastructuur als geheel in de toekomst te evalueren.

Advies aan het ministerie van VWS | Beleg regie op de verschillende onderdelen binnen de kenniscyclus bij individuele partijen, waarbij er per element nog onderscheid gemaakt kan worden in de verschillende onderdelen die daarbij horen en tussen de landelijke taken en regionale taken.

Advies aan Zorginstituut Nederland en het ministerie van VWS | Evalueer bij het evalueren van de gehele kennisinfrastructuur ook het functioneren van de governance en bijbehorende overleggen.

Bijlagen

Evaluatie van de kennisinfrastructuur
langdurige zorg

/ A Werkwijze en gesproken partijen

Het rapport en de ontwikkelrichtingen zijn tot stand gekomen op basis van:

- ▶ Interviews met meer dan 40 veldpartijen, waaronder zorgorganisaties en onderwijsinstellingen (zie onder)
- ▶ Drie regionale ontwikkelsessies met professionals, onderzoekers en docenten in de regio's Noord-Brabant, Zuid-Limburg en de Achterhoek/Twente.
- ▶ Een focusgroep gericht op het toetsen van de huidige kennisinfrastructuur en opgaven die er liggen
- ▶ Een vervolgbijeenkomst met landelijke partijen en academische werkplaatsen over de toekomstige kennisinfrastructuur langdurige zorg en governance
- ▶ Een heidag met het Zorginstituut Nederland over de mogelijke rollen van het Zorginstituut
- ▶ Interne bespreking met het Zorginstituut Nederland
- ▶ Kennis uit bestaande literatuur

Voor dit onderzoek hebben wij gesproken met de volgende partijen:

- ▶ Academische werkplaatsen Verstandelijke Beperking (AWVB)
- ▶ ASVZ
- ▶ Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk
- ▶ Branchevereniging Kleinschalige Zorg
- ▶ Centrum voor Consultatie en Expertise
- ▶ College Zorg Opleidingen
- ▶ De Nederlandse GGZ
- ▶ Federatie Landbouw en Zorg
- ▶ IederIn
- ▶ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- ▶ KansPlus
- ▶ Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)
- ▶ Landelijk Overleg Opleidingen Verpleegkunde
- ▶ Landelijk Steunpunt (mede)zeggenschap (LSR)
- ▶ MBO-raad
- ▶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- ▶ MIND
- ▶ Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen
- ▶ Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijke Gehandicapten
- ▶ Netwerk Cliëntenraad Zorg
- ▶ Patiëntenfederatie Nederland
- ▶ Radboud Universiteit
- ▶ ROC Tilburg
- ▶ ROC van Twente
- ▶ Samenwerkende Academische Netwerken Ouderenzorg (SANO)
- ▶ Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland
- ▶ Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg
- ▶ Samenwerkende Professionele Organisaties Thuis- en woonzorg
- ▶ SBOH
- ▶ Trimbos Instituut
- ▶ Vereniging Branche-Opleidingsinstituten

- ▶ Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- ▶ Verenso
- ▶ Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- ▶ Vilans
- ▶ Wij Zien Je Wel
- ▶ ZonMw
- ▶ Zorginstituut Nederland
- ▶ Zorgthuis.nl
- ▶ Zorgverzekeraars Nederland

/ B Stand van zaken huidige en gewenste kennisinfrastructuur

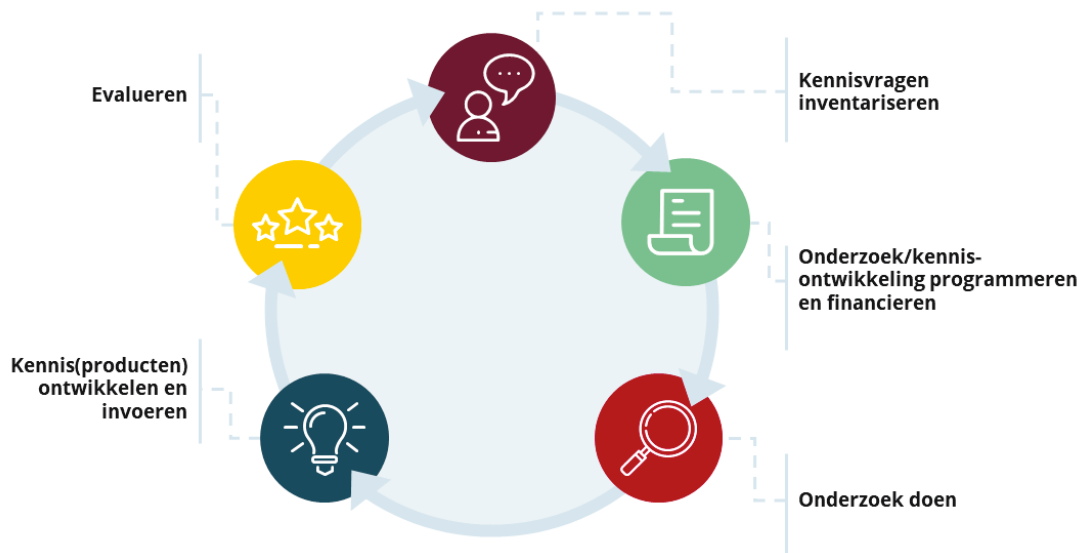
In het onderzoek geschreven als tussentijds rapport over de huidige kennisinfrastructuur en opgaven die er zijn, aangepast na de verschillende bijeenkomsten met de betrokken veldpartijen.

/ De huidige kennisinfrastructuur

De huidige kennisinfrastructuur in de langdurige zorg kenmerkt zich door een veelheid aan partijen en domeinen. Hier gaan we nader op in. Allereerst zoomen we in op de kennisinfrastructuur langdurige zorg en vervolgens op de verschillende rollen die partijen vervullen.

Wat verstaan we onder de kennisinfrastructuur?

Voor de nadere duiding van de kennisinfrastructuur maken we allereerst gebruik van de kenniscyclus zoals onder andere geschetst door het ministerie van VWS. Deze cyclus beschrijft de stappen die gezet kunnen worden om tot succesvolle inventarisatie, agendering, onderzoek, implementatie en evaluatie van kennis te komen te komen. Niet alleen zijn de stappen *an sich* van belang; ook de overgang van stap naar stap behoeft aandacht. Als de cyclus niet wordt doorlopen en/of verbindingen niet goed gemaakt worden, leidt dat tot kwetsbare verbindingen in de praktijk.



Figuur 5: De kenniscyclus. Dit is een schematische weergave van de kenniscyclus met daarin de belangrijkste routes van hoe kennis wordt ontwikkeld en stroomt. Hierbij zijn er ook stromen tussen de verschillende elementen, zoals dat bij het inventariseren van kennisvragen ook de volgende stap kan zijn om kennisproducten te ontwikkelen en in te voeren, omdat deze kennis al wel beschikbaar is en er niet nieuw onderzoek naar gedaan hoeft te worden.

De kennisinfrastructuur bestaat uit het gehele netwerk van regionale en landelijke instituties, programma's, samenwerkingsverbanden, informele netwerken en ondersteunende structuren die een rol spelen in de kenniscyclus. Binnen de kennisinfrastructuur zien we dat de betrokken spelers

verschillende rollen vervullen, variërend van kennisvragen inventariseren, onderzoek programmeren, onderzoek doen, kennis(producten) ontwikkelen en invoeren, en kennis evalueren. Verschillende rollen kunnen ook gecombineerd worden. We lichten de verschillende taken en partijen die hierin een rol spelen nader toe in de volgende paragrafen.

De kennisinfrastructuur is erg horizontaal en te weinig ketengericht. We moeten kennis meer laten bewegen rond de lijnen die de cliënt volgt. Het zorgpad van de cliënt als rode draad nemen, ook in de kennisontwikkeling.

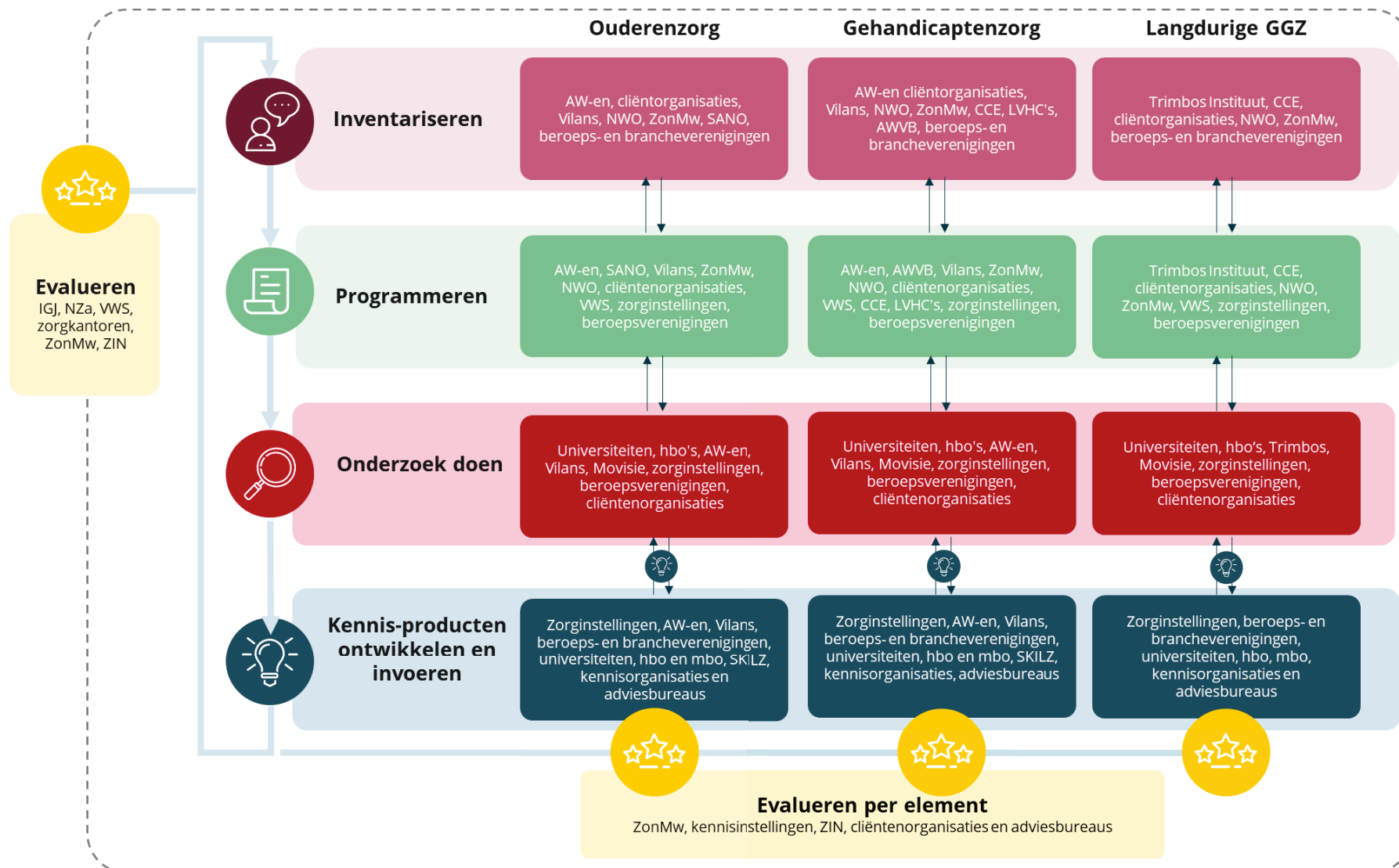
ZorghuisNL

1. Kennisvragen inventariseren

Met het inventariseren van kennisvragen bedoelen we het ophalen van de lacunes die er zijn in de praktijk, waar onvoldoende over bekend is, of waar er behoefte is aan andere behandelingen of methoden. Het inventariseren van kennisvragen is om meerdere redenen belangrijk. Het zorgt ervoor dat het onderzoek zo goed als mogelijk aansluit bij de behoefte in de praktijk. Daarnaast zorgt het voor duidelijkheid over in hoeverre beschikbare kennis daadwerkelijk wordt gevonden. Immers, vragen die met bestaande onderzoeken beantwoord kunnen worden, geven aan dat het ontsluiten en toepasbaar maken van deze onderzoeken nog onvoldoende goed werkt.

Het inventariseren van kennisvragen vraagt aansluiting bij de (regionale) praktijk en behoeften van zorgverleners en cliënten. In de huidige kennisinfrastructuur zien we dat deze rol door veel verschillende partijen in meer of mindere mate wordt vervuld, waarbij door de verschillende partijen wordt aangesloten bij de eigen regio, achterban of projecten.

1. **Cliëntenorganisaties** hebben zicht op kennisvragen en behoeften die leven bij cliënten en naasten. Tegelijkertijd ervaren zij hierbij regelmatig onvoldoende aansluiting met de andere partijen in de kenniscyclus, om deze vragen te laten landen in de bredere kennisinfrastructuur en te vertalen naar onderzoek of nieuwe manieren van kennis ontsluiten. Uit de interviews komt dat zij graag willen dat hun kennisvragen ook worden opgehaald zodat zij vanaf begin af aan onderdeel zijn van de cyclus;
2. **De academische werkplaatsen** halen uit hun regionale netwerk nieuwe kennisvragen op;
3. **Beroepsverenigingen** kijken in verschillende mate, deels afhankelijk van hun omvang en beschikbare middelen, naar de behoeften die leven bij hun achterban en vertalen dit naar praktijk- en kennisvragen;
4. **De brancheorganisaties** inventariseren in beperktere mate kennisvragen bij hun leden;
5. **Vilans** verzamelt landelijk praktijk- en kennisvragen van professionals en zorgorganisaties, via onder meer het KIA-platform. Vilans doet dit voornamelijk voor de mbo- en hbo-professionals in de ouderenzorg en in mindere mate voor de specialisten ouderengeneeskunde. Binnen de gehandicaptenzorg heeft Vilans breder bereik, waarbij ook de artsen verstandelijk gehandicapten en gedragswetenschappers worden bereikt. **Kennisorganisaties** als **Trimbos** en **het CCE** doen dit op een wat kleinschaligere wijze voor de GGZ en respectievelijk voor het thema ernstige gedragsproblemen;
6. Tot slot agenderen partijen als **ZonMw**, **NWO** en **VWS** bepaalde kennisvragen. Zij kijken vooral beleidsmatig wat er aan onderzoek en initiatieven in het veld ontbreekt. In dat opzicht zijn het minder kennisvragen als wel agendering van bepaalde onderwerpen voor onderzoek. Zij initiëren vaak het komen tot een kennisagenda. De opdracht voor de kennisagenda zelf kan vervolgens door verschillende partijen worden vervuld, van kennisinstituut tot adviesbureaus.
7. Er wordt nog weinig gebruik gemaakt van data uit zorginformatiesystemen als input voor kennisontwikkeling.



Figuur 6: de huidige kennisinfrastructuur in de langdurige zorg

Hier onderscheiden we de partijen die een rol hebben in het inventariseren van kennisvragen en/of programmeren van onderzoek, onderzoek doen, kennis(producten) ontwikkelen en invoeren, en evalueren. Het onderscheid tussen de twee evaluatiefuncties wordt later toegelicht.

Er is geen centrale partij in de langdurige zorg die het overzicht heeft op de gehele kenniscyclus en die op basis van kennisvragen agendeert welke onderzoeksonderwerpen prioriteit hebben en die bijvoorbeeld kennisproducten evalueert en zorgt dat deze aangepast worden aan de behoeften uit het veld. Er is ook geen landelijke kennisagenda. De verzameling van kennisvragen is daarmee gefragmenteerd en qua bereik en thematiek organisatie- en sectorgebonden. Vilans heeft landelijk een leidende rol als het gaat om het verzamelen van kennisvragen en heeft daar ook de digitale middelen voor. Zij bereiken de meeste beroepsgroepen in de langdurige zorg.

In 2020 heeft Vilans een onderzoeksrapport gepubliceerd¹⁴ waarin zij een uitgebreide inventarisatie hebben gedaan van kennisvragen van zorgmedewerkers in de langdurige zorg. Deze kennisvragen zijn opgehaald via meerdere wegen: online (via de Vilans platforms) en offline (in focusgroepen en op congressen). Vervolgens zijn de kennisvragen geprioriteerd en is in beeld gebracht in hoeverre de hoogst geprioriteerde kennisvragen al onderwerp zijn van wetenschappelijk onderzoek.

Van kennisvragen naar het programmeren van het onderzoek

Het vertalen van vragen die in de praktijk leven naar het programmeren van onderzoek gebeurt veelal decentraal, door verschillende partijen. Zoals eerder beschreven wordt er in geringe mate gewerkt met landelijke kennisagenda's in de langdurige zorg. Er ontstaan op basis van kennisvragen dus wel initiatieven om te komen tot een agenda, maar hier zijn niet altijd alle stakeholders bij betrokken. Daardoor leeft in het veld het beeld dat niet alle kennisagenda's compleet zijn. Onder andere cliëntenorganisaties ervaren dat zij beperkt gehoord worden in het vertalen van kennisvragen naar onderzoek. Ook komt naar voren dat kennisagenda's vaak voortkomen uit praktijkvragen, maar niet vertaald wordt naar een vraag waar onderzoek naar gedaan kan worden.

Als je bij de professionals kennis ophaalt, waarom zou je dit dan niet bij cliënten doen? Aan het begin ophalen: "Hoe ziet de ideale zorg eruit?", "Wat ontbreekt?". En aan het eind evalueren. Onderzoek is niet mogelijk zonder het cliëntenperspectief. Bijvoorbeeld onderzoek naar digitalisering; dan is toch de hamvraag: "Kan de cliënt dit gebruiken?".

Niet systemisch denken: De cliënt moet betrokken worden bij het ophalen, het onderzoek zelf en bij de evaluatie. Maar de grootste rol zit aan de voorkant.

Ieder(in)

2. Onderzoek en kennisontwikkeling programmeren en financieren

De kennisinfrastructuur in de langdurige zorg heeft per sector andere paden en kennisstromen, maar er is wel overlap doordat een deel van de partijen in meerdere sectoren actief is. Door dit brede veld is het soms een opgave om tot afspraken te komen over welk onderzoek of programma prioriteit heeft. Dit gaat niet alleen om vragen uit de praktijk, maar ook inzichten die leiden tot nieuwe vragen vanuit de wetenschap, die follow-up onderzoek vragen.

Er zijn veel partijen bezig met het programmeren en financieren van kennisvragen. Al deze partijen voelen een hoge mate van eigenaarschap voor het gedeelte dat zij oppakken, maar hebben beperkt zicht op de activiteiten van de andere partijen. ZonMw heeft een grote rol, met de programma's waarmee zij subsidieoproepen uitzetten, en is met bijna alle partijen in de langdurige zorg

¹⁴ [Rapport Kennisvragen Langdurige Zorg, 2020 \(kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl\)](#)

verbonden. ZonMw heeft echter geen overzicht van wat de andere partijen in de langdurige zorg op dit vlak doen. Daarmee is er geen enkele partij met overzicht, wat leidt tot een wat gefragmenteerd veld, waarbij vanuit verschillende doelgroepen en sectoren aparte programma's worden uitgezet. Daarbij is wel overlap in financiering, agendering en programmering, maar slechts beperkt samenhang.

Partijen die zich bezighouden met het programmeren van onderzoek zijn:

1. **Cliëntenorganisaties** zetten gericht (kwaliteits)onderzoek uit.
2. Het ministerie van **VWS** via subsidies en opdrachten die zij uitzetten;
3. **NWO** en **ZonMw** vanuit de kennisagenda's, opdrachten en subsidies die zij verlenen;
4. De academische netwerken **SANO** en **AWVB** zijn binnen een eigen netwerk actief in het programmeren van welk onderzoek waar plaatsvindt, in samenhang met de betrokken universiteiten, hogescholen en hun lectoraten;
5. Hiernaast spelen ook de net ontwikkelde **expertisecentra voor de laagvolume-hoog complexe doelgroepen (LVHC's)** een (nog kleine) rol in het onder de aandacht brengen van benodigde onderzoeksprogramma's. Kennisdeling staat hierbij centraal;
6. De **beroepsverenigingen** houden zich in beperkte mate bezig met het programmeren van onderzoek, veelal in samenwerking met partijen als ZonMw of VWS. SKILZ werkt toe naar een onderzoeksagenda. Zij bepaalt samen met veldpartijen prioriteiten voor nieuw onderzoek op basis van kennishiaten en knelpunten en ontwikkelt nieuwe kwaliteitsinstrumenten. Veelal zetten beroepsverenigingen kennisvragen door naar deze partijen en hebben ze een meer inventariserende rol, in incidenteel programmeren zij onderzoek;
7. De **grotere zorgorganisaties** zetten vanuit eigen onderzoeksafdelingen onderzoeksprogramma's uit, vaak in samenwerking met regionale academische werkplaatsen;
8. Daarnaast zijn er nog diverse **fondsen** (privaat of van zorgverzekeraars) die zelfstandig onderzoek financieren gericht op doelen die zij nastreven. Ook zijn er los nog enkele beroepsverenigingen/netwerken die promotieplekken financieren, zoals SOON.

Van onderzoek programmeren naar onderzoek doen

De verbinding tussen het programmeren van onderzoek en het uitvoeren van onderzoek lijkt in de kennisinfrastructuur geborgd te zijn. Door het ontbreken van regie op een gezamenlijke kennisagenda wordt het doen van onderzoek echter niet in samenhang opgepakt. Dit leidt ertoe dat partijen vaak niet van elkaar weten welke onderzoeken plaatsvinden. Daardoor worden tijdens het onderzoek relevante inzichten nog niet met elkaar gedeeld. Eerdere resultaten worden niet altijd benut in later onderzoek, voornamelijk in verschillende sectoren. De academische werkplaatsen werken samen in de associatie academische werkplaatsen verstandelijke beperking en het samenwerkend academische netwerk ouderenzorg (SANO). Hierbinnen vindt wel deze uitwisseling plaats, maar dit kan sectoroverstijgend nog sterker.

3. Onderzoek doen

Het doen van onderzoek naar betere kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven vindt zowel plaats vanuit het concept van *evidence based practice* als van *practice based evidence*. Uit gesprekken blijkt dat er twee aspecten onderbelicht zijn in het doen van onderzoek binnen de kennisinfrastructuur langdurige zorg.

- ▶ Ten eerste vindt nog gering verbinding plaats met ervaringskennis en het cliënten/naastenperspectief. Cliëntenorganisaties geven aan dit perspectief vaak niet vertegenwoordigd wordt. Er zijn enkele academische werkplaatsen die werken met ervaringsdeskundigen, maar dit perspectief wordt niet standaard meegenomen in onderzoek.
- ▶ Ten tweede valt op dat er beperkt datagedreven gewerkt wordt. Op diverse punten wordt wel steeds gericht en efficiënter geregistreerd in de vorm van meetinstrumenten en bijbehorende

indicatoren ten behoeve van de kwaliteit van zorg. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de basisindicatoren verpleeghuiszorg, de verpleeghuiszorg personeelssamenstelling indicatoren, de kerngegevens gehandicaptenzorg, de basisregistraties specialisten ouderengeneeskunde en de basisregistraties gehandicaptenzorg die in ontwikkeling zijn. Er wordt actief ingezet op het (efficiënter) ontsluiten en benutten van deze data door onder meer KIK-V in de verpleeghuiszorg, maar dit is nog in ontwikkeling. In de (door)ontwikkeling liggen kansen voor de toekomst, en te onderzoeken of ze te koppelen zijn aan kennisvragen vanuit de praktijk en onderzoeksagendering en hiermee het lerend vermogen te versterken. Dit leren is binnen de sector van groot belang. Tegelijkertijd zien we op dit moment beperkt tot geen dataverzameling op grond waarvan iets gezegd kan worden over het (structurele) lerend vermogen (zie [hoofdstuk 5 Monitoring](#)).

Van onderzoek doen naar kennisproducten invoeren

Om kennisproducten te kunnen invoeren is het noodzakelijk om bestaande kennis:

- a) te verzamelen, toepasbaar en toegankelijk te maken;
- b) te verspreiden en te ontsluiten.

De resultaten van onderzoek vinden nog vaak maar beperkt hun weg naar de landelijke praktijk. Een opgave is het toepasbaar maken van de kennisproducten. Niet al het onderzoek wordt al vertaald naar praktische toepasbare kennis. De academische werkplaatsen zetten hier al wel nadrukkelijk op in en doen het onderzoek ook in co-creatie met professionals, naasten en cliënten(organisaties). Bovendien wordt bij enkele werkplaatsen ingezet op implementatieprojectleiders. Dat zorgt voor een stevigere aansluiting bij de praktijk en de vertaling naar wat nieuwe kennis in de praktijk vraagt om te worden toegepast. Deze aansluiting vindt veelal lokaal plaats, verbreding naar andere plekken in het land ontbreekt. In de regionale sessies die we in het kader van ons onderzoek in september organiseren zoomen we hier nader op in. Bij de meeste andere partijen wordt bij het uitzetten en opdracht verlenen van het onderzoek echter nog niet standaard eisen gesteld aan de wijze waarop de uitkomsten van het onderzoek toepasbaar worden gemaakt. ZonMw heeft hier al wel stappen in gezet door in hun subsidieoproepen implementatie mee te nemen als onderdeel en legt meer en meer nadruk op de toepasbaarheid van het onderzoek.

Op landelijk niveau wordt nieuwe kennis vaak wel ontsloten en verspreid, maar niet op een eenduidige manier met verschillen in vindbaarheid en toepasbaarheid. Het valt op dat er met platforms wordt gewerkt die gebruikt worden voor de verschillende beroepsgroepen en doelgroepen.

Vilans heeft met de Kennispleinen Gehandicaptenzorg en Zorg voor Beter twee van de meest gebruikte platforms. Deze platforms bieden echter geen compleet overzicht van al het beschikbare onderzoek. Daarnaast zijn er veel kleinere platforms die voor een deel van de beroepsgroepen of doelgroepen actief zijn, zoals databank voor interventies over effectieve zorg in de ouderenzorg, platform van het CCE, landelijk kenniscentrum LVB en het platform van SKILZ voor kwaliteitsinstrumenten. De informatie over zorg is goed vindbaar, op onder meer het platform Kennisplein Gehandicaptenzorg als platform Zorg voor Beter voor de ouderenzorg. Informatie over gedrag, participatie en gezondheid, sterk van belang voor de gehandicaptenzorg en in mindere mate voor de ouderenzorg, is hier minder goed te vinden. Tegelijkertijd wordt er ook informatie aangeboden op de websites van beroepsverenigingen, brancheorganisaties en ZonMw, en kleinere doelgroepgerichte platformen zoals platform Ernstig Meervoudig Gehandicapten (EMG) en kennisplatform Ernstig Verstandelijke Beperking (EVB+). Dit heeft als voordeel dat de informatie die aangeboden wordt gericht kan worden op een specifieke doelgroep, waardoor hij gemakkelijker bruikbaar is. Zo biedt Verenso een platform voor de

specialisten en artsen ouderengeneeskunde dat volgens professionals goed werkt. Deze kleinere platforms leiden echter ook tot versnippering: uit gesprekken blijkt dat niet alle professionals altijd weten waar ze de relevante informatie kunnen vinden. Het is daarbij moeilijk om te duiden welke informatie leidend is als er verschillen zijn, plus het kost professionals moeite om uit te zoeken op welk platform zij moeten zijn voor welke informatie. Een online wegwijzer zoals het Kennislandschap Gehandicaptensector¹⁵ van VGN en Vilans biedt hierin overzicht in waar wat is te vinden en bekendheid van deze platformen onder professionals. De kennispleinen streven beide naar één vindplaats van relevante kennis en kennisuitwisseling in de sectoren. Hier kan echter nog een forse verbetering worden gemaakt, door nieuwe kennis(producten) van andere partijen standaard te laten landen op deze kennispleinen.

De langdurige zorg kent verschillende disciplines, en in veel gevallen is het relevant om de kennis die in de langdurige zorg wordt ontwikkeld ook domeinoverstijgend te verspreiden. Dat gebeurt op dit moment nog beperkt. Een voorbeeld waar dit wel gebeurt, is SKILZ. Dit initiatief is ontstaan vanuit een samenwerking tussen Verenso, V&VN en de NVAVG en richt zich op het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen.

De partijen die zich hiermee bezig houden zijn zowel regionaal, nationaal als internationaal actief. Hierbij zien we dat de volgende partijen actief zijn in het doen van onderzoek:

1. De **cliëntenorganisaties** doen in geringe mate zelf onderzoek naar de ervaren kwaliteit van zorg, cliëntbetrokkenheid, etc. Dit valt deels samen met een evaluerende rol.
2. De **academische werkplaatsen, universiteiten en hbo's** doen (in samenwerking met elkaar) veel onderzoek binnen de gehandicaptenzorg en ouderenzorg. Al deze partijen zijn minder actief dan wel verbonden aan de langdurige ggz.
3. De kennisinstituten **Vilans, Trimbo, Movisie** en **Nji** zijn actief met eigen onderzoek. Daarnaast werken zij in het bredere samenwerkingsverband met het NCJ, RIVM en Kenniscentrum Sport in het samenwerkingsverband Erkenning van interventies.
4. **Zorgorganisaties** werken zowel met eigen onderzoeksafdelingen aan het opzetten van nieuw onderzoek (vooral bij de grotere zorgorganisaties), als in samenwerking met de academische werkplaatsen.
5. De **beroepsverenigingen** hebben een beperkte rol in het doen van onderzoek en werken veelal samen met de universiteiten, hogescholen en hun lectoraten, en academische werkplaatsen. Dit hangt onder meer samen met de grote, veelheid aan taken en mate van organisatie van de beroepsvereniging.

4. Kennisproducten ontwikkelen en invoeren

Met het invoeren van kennisproducten bedoelen we het toepassen van de bestaande kennis in de praktijk. Veel partijen geven aan dat maar een klein deel van de ontwikkelde kennis landt en wordt ingezet in de praktijk.

De volgende organisaties zijn actief in het invoeren van kennisproducten:

1. **Zorgorganisaties** hebben een grote rol in het invoeren van nieuwe en bestaande kennisproducten, door hun professionals te faciliteren in het toepassen hiervan. Dit wordt zowel door individuele zorgorganisaties gedaan als in samenwerking met andere zorgorganisaties (al dan niet in lerende netwerken) of partijen als academische werkplaatsen. Er lijkt echter nog de nodige winst te behalen te zijn in het beschikbaar maken van voldoende

¹⁵ Zie [Kennislandschap gehandicaptensector](#)

- tijd en faciliteiten om medewerkers uit de langdurige zorg structureel te laten werken aan kennisvermeerdering. In de regionale sessies zoomen we hier nader op in.
2. **Beroeps-, brancheorganisaties, SKILZ en Vilans** faciliteren zorgorganisaties en professionals in het invoeren van nieuwe kennis via richtlijnen;
 3. **Cliëntenorganisaties** werken op eenzelfde wijze als beroeps- en brancheorganisaties en hebben een belang dat de toegepaste kennisproducten aansluiten bij de behoeften van cliënten. Zij hebben een beperkte rol in het toegankelijk maken van kennis voor cliënten en naasten;
 4. **Academische werkplaatsen** zijn steeds actiever in het implementeren van de bevindingen uit eigen onderzoek met zorgorganisaties door middel van het gezamenlijk doen van onderzoek en het inzetten op implementatie, bijvoorbeeld door daar specifiek een projectleider voor aan te stellen;
 5. Het **onderwijs**, zowel mbo als hbo als universiteiten en opleidingsnetwerken (SOON) hebben een rol in het invoeren van kennisproducten. Dit gebeurt minder op het mbo en hbo doordat de universiteiten dichter op het onderzoek zitten en studenten in een deel van hun opleiding ook onderzoek verrichten. De brug tussen het beroepsonderwijs en het onderzoek dient op veel plekken te worden gemaakt. Mbo- en hbo-opleidingen hebben soms regionaal al een samenwerking met academische werkplaatsen om nieuwe kennisproducten in hun opleidingen te integreren. Hierbij worden formats ontwikkeld die ook toegankelijk zijn voor andere opleidingen. Er is echter geen landelijke regie op de samenwerking tussen onderwijs en onderzoek, waardoor het sterk afhankelijk is van de regionale relatie tussen onderzoek en mbo- en hbo-onderwijs of kennis uit onderzoek terugkomt in het onderwijs en daarnaast in hoeverre het onderwijs aansluit bij de behoefte op de werkvloer. Er is winst te behalen als dit landelijk beter wordt geborgd;
 6. De specialistische **expertisecentra voor de laagvolume-hoog complexe doelgroepen (LVHC's) en CCE** vervullen een rol in het verspreiden van kennis over specifieke doelgroepen.
 7. **Kennisorganisaties** richten zich in beperkte mate op implementatie. Wel zijn er bepaalde programma's die zich inzetten op toepassing van kennis, zoals 'Waardigheid en Trots op locatie' dat Vilans uitvoert op initiatief van VWS dat zorgorganisaties ondersteunt in het voldoen aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg en de Vilans-coaches;
 8. Diverse **adviesbureaus** ondersteunen zorgorganisaties in de implementatie van verschillende projecten en/of kennisproducten.

Er zit nog vaak een gat tussen het aanreiken van kennis en het toepassen. Het aanreiken van kennis betekent niet dat het geïmplementeerd wordt. Specifiek voor de gehandicaptenzorg horen we van cliëntenorganisaties dat het lastig is om ideeën voor goede zorg onder de aandacht te krijgen. In de praktijk horen we terug dat dit vooral goed lukt bij de zorgorganisaties die samenwerken met de academische werkplaatsen. Gezamenlijk met professionals en onderzoekers het proces van onderzoek doorlopen maakt het makkelijker om tot implementatie te komen. Sommige academische werkplaatsen, Vilans en grotere zorgaanbieders werken met implementatietrajecten om dit gat te verkleinen.

Er is geen vaste structuur in de samenwerking tussen onderwijs, onderzoek in de vorm van academische werkplaatsen en zorgorganisaties, waardoor er een afhankelijkheid is van regionale samenwerking en kennisnetwerken. De huidige samenwerkingen vinden plaats op basis van bestaande regionale verbindingen, zoals professoren vanuit de Academische werkplaatsen en universiteiten. Dit vertaalt zich erin dat universiteiten goed zijn aangesloten en hbo's redelijk tot goed, maar mbo's veelal matig. Vanuit de hbo's zijn er enkele hbo's die een samenwerking hebben met academische werkplaats. Verder kijken de lectoraten van het hbo naar welk nieuw onderzoek er is, hoe dit landt in het onderwijs en hoe er onderzoek gedaan kan worden door de leerlingen. Tegelijkertijd betekent dit dat er veel onderwijsinstellingen zijn die nog niet zijn aangesloten op een

kennisnetwerk. Om te voorkomen dat de kloof tussen deze instellingen en andere onderwijsinstellingen die wel zijn aangesloten te groot wordt, is het belangrijk dat de regionale kennisnetwerken kennis delen, breder dan hun samenwerkingspartners alleen.

Bovendien is de samenhang en samenwerking tussen de verschillende onderwijsinstellingen ook maar gering aanwezig, terwijl dat wel belangrijk is voor een goed werkende kennisinfrastructuur. Er liggen kansen voor het versterken van de samenhang tussen mbo, hbo en universiteit, door middel van het bevorderen van uitwisseling in de opleiding via onder meer living labs.

De 17 hbo-verpleegkunde-opleidingen hebben een platform, het Landelijke Overleg Opleidingen Geneeskunde, vanuit waar ze een gezamenlijk landelijk opleidingsprofiel hanteren en leermaterialen delen via het project Samen hbo Verpleegkunde¹⁶. Ook is er een 'vakcommunity' waarop de docenten met elkaar kennis en ervaringen kunnen delen, zodat er op deze wijze meer afstemming is en ervaringskennis zich verspreidt. Echter op dit platform zijn universiteiten en mbo's niet aangesloten.

Ook scholing en onderwijs om kennis bij professionals te verbeteren en nieuwe inzichten toe te passen vormen een brug tussen nieuwe kennis en de praktijk. Echter bij de verbinding met onderwijs mist veelal de samenwerking met onderzoekspartijen aan de ene kant en de zorgorganisaties/professionals uit de praktijk aan de andere kant. Vanuit het onderwijs worden er nog beperkt modules of leergangen aangeboden aan zorgprofessionals. Scholing vindt voornamelijk plaats binnen (grotere) zorgorganisaties, vanuit brancheverenigingen en bij kennisinstututen als Vilans. Het samenbrengen van kennis (onderzoek) en behoeften uit de praktijk is essentieel om succesvol het onderwijs aan te passen en te laten aansluiten bij de behoefte aan actuele kennis in de praktijk. Als dit goed lukt brengt nieuw opgeleid personeel actuele kennis mee naar de praktijk op de werkvloer. Met aandacht voor een cultuur waarin deze kennis wordt benut en verspreid, kan er ook vanuit deze route een extra impuls wordt gegeven aan implementatie van nieuwe kennis.

In de huidige kennisinfrastructuur lijken de beroepsopleidingen een onderbelichte plek in te nemen, terwijl ze een fundamenteel onderdeel zijn. Kennisdeling is een dynamisch proces. Je deelt het niet alleen vanuit de inhoud, maar kijkt samen naar hoe je het distribueert c.q. implementeert.

ZonMw

Door de diversiteit in doelgroepen in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg is bepaalde specialistische kennis noodzakelijk en is het niet mogelijk om alle specialisaties en kennis bij elke organisatie standaard in huis te hebben. Specifieke doelgroepen, zoals mensen met een zintuiglijke beperking, of de laagvolume hoogcomplex (LVHC) doelgroepen, vragen specialistische kennis. Hiervoor bestaat onder andere het CCE en worden de expertisecentra LVHC verder ontwikkeld. Het is hierin zoeken naar een balans tussen specialistische kennis in de praktijk en bij deze organisaties versus andere organisaties waar professionals incidenteel met deze doelgroepen te maken hebben of met de doelgroep in het voorstadium van de hoog complexe fase van zorg. Vanuit de specialismen zijn er vaak aandachtspunten voor subdoelgroepen zoals kinderen met een meervoudige beperking respectievelijk ouderen. Dit is helpend in de doelgroepgerichte communicatie, maar deze informatie/dit kanaal moet ook bekend zijn bij de professional.

¹⁶ [SAMEN hbo Verpleegkunde – Platform Prio](#)

Van kennisproducten invoeren naar evalueren

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, moeten kennisproducten ingevoerd en ingezet worden. Voor een werkende kennisinfrastructuur dient zicht te zijn of dit in de praktijk lukt. Hiertoe kunnen registratie en dataverzameling ondersteunen. Op dit moment is het binnen de langdurige zorg nog niet zodanig georganiseerd dat registratie en dataverzameling ingezet voor het monitoren van de effecten van kennisproducten.

5. Evalueren

Met evaluatie doelen we op het evalueren van het effect van nieuwe kennisproducten en de werkwijze als gevolg van (nieuw of bestaand) beleid, om zo te onderscheiden wat effectief is en waar kennislacunes zitten. We onderscheiden in de evaluatie van de kennisinfrastructuur twee typen evaluaties: (1) de evaluatie of specifieke kennis landt in de praktijk, wat de impact is en waar nog leemtes zitten en nieuwe kennisvragen uit voortkomen en (2) de evaluatie van de kennisinfrastructuur als geheel, waarbij wordt gekeken of de samenhang in de kennisinfrastructuur voldoende is, de verschillende rollen goed met elkaar verbonden zijn, er het juiste wordt gedaan binnen de kennisinfrastructuur om te zorgen voor een betere kwaliteit van leven voor cliënten. Hieronder geven we allereerst weer welke organisaties binnen de langdurige zorg momenteel gericht zijn op evalueren. Vervolgens gaan we in op hoe zich dat verhoudt tot de hierboven genoemde evaluatiefuncties van de kennisinfrastructuur.

Verdiepende informatie

De volgende organisaties hebben een rol in de evaluatie van de kennisinfrastructuur:

1. De **Inspectie Gezondheid en Jeugd** (IGJ) evalueert de randvoorwaarden voor goede zorg, onderzoekt of richtlijnen van de sector conform afspraak worden toegepast en kijkt of er onderling visitaties worden uitgevoerd;
2. De **NZa** analyseert het effect van bepaalde programma's en projecten en evalueert de inkooptrajecten binnen de zorg;
3. Het **Zorginstituut** evalueert welke zorg vanuit het basispakket vergoed wordt. Daarnaast heeft het **Zorginstituut** de taak om op basis van de kwaliteitsindicatoren de kwaliteit van zorg en de effecten van nieuwe producten op de praktijk, zoals handreikingen, te evalueren. Dit vindt in de langdurige zorg nog geringer plaats dan in de medisch-specialistische zorg (1). Ten slotte is het **Zorginstituut** op stelselniveau op dit moment opdrachtnemer van de evaluatie van de kennisinfrastructuur langdurige zorg, in opdracht van VWS (2);
4. **Zorgkantoren** geven aan zelf ook te evalueren of bepaalde bewezen effectieve interventies worden toegepast en of er mogelijkheden zijn om kennisuitwisseling te stimuleren tussen zorgorganisaties;
5. **Ministerie van VWS** zet beleidsevaluaties uit binnen de gehele sector;
6. **ZonMw** zet evaluaties uit;
7. **Cliëntenorganisaties** evalueren individuele zorgorganisaties aan de hand van cliënttevredenheidonderzoek en kwaliteitsonderzoek (o.a. ZorgKaart Nederland en mijnkwaliteitvanleven.nl);
8. **Kennisinstituten** zoals **Vilans en Movisie** hebben een rol in het toetsen van kennis op betrouwbaarheid, effectiviteit, toepasbaarheid en kwaliteit, om op deze manier de waarde en best practices voor de eindgebruiker inzichtelijk te maken.
9. **Adviesbureaus** evalueren (beleids)interventies en/of implementatie in opdracht van andere partijen, zoals ZonMw, VWS, ZN en ZIN.

We zien in de opsomming dat er verschillende partijen zijn die een evaluerende rol innemen binnen de langdurige zorg. We zien echter ook dat deze manieren van evalueren niet direct raken aan de evaluatiefuncties van de kennisinfrastructuur langdurige zorg. Zo evalueert de IGJ of individuele zorgorganisaties hun zorgverlening kwalitatief goed organiseren, waardoor het waarschijnlijk(er) is dat ze van de kennisinfrastructuur gebruik maken. Een ministerie van VWS evalueert in zekere zin de werking van het stelsel op sectorniveau. Sommige kennisinstituten evalueren de werking van (nieuwe) interventies en kennis op hun effectiviteit, zodat deze vervolgens ingezet kunnen worden in de praktijk. Een partij als Vilans evalueert welke kennisvragen geïnventariseerd kunnen worden voor toekomstig onderzoek. Zij doen echter geen brede evaluatie of kennis in de praktijk landt en of de kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel functioneert.

Hieruit constateren we dat geen van de bovenstaande partijen echt een taak heeft in de evaluatie van de kennisinfrastructuur of kenniscyclus, en hier alleen zijdelings iets in betekent voor zover het bijdraagt aan hun primaire taak. Het daadwerkelijk evalueren of kennis landt in de praktijk en daarmee mogelijk invloed heeft op bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van de cliënt gebeurt momenteel nog niet structureel en is niet belegd bij een partij. Het evalueren van de (uitvoering van de) functies in de kennisinfrastructuur, is als opdracht uitgezet bij het Zorginstituut Nederland door het ministerie van VWS. Daartoe vormt dit stuk een eerste basis en is de vraag op welke manier dit structureel geborgd kan worden

Van evalueren naar kennisvragen inventariseren

Om kennisvragen te inventariseren is het van belang om inzicht te hebben in welke behoeften er spelen in de praktijk van zowel zorgprofessionals als cliënten/ naasten, hoe (nieuwe) kennis landt bij de professionals, waar dat nog onvoldoende gebeurt en hoe dat verbeterd kan worden. Dit vraagt een monitorfunctie die dicht bij de praktijk staat en die ook aansluit bij de verscheidenheid aan professionals die actief zijn in de langdurige zorg. Door dit (periodiek) in te richten ontstaan nieuwe inzichten waarop nieuwe kennisvragen volgen.

Verkenning naar andere kennisinfrastructuren

Naast de langdurige zorg zien we voorbeelden van andere kennisinfrastructuren; zowel binnen als buiten de zorg.

Een verkenning naar de kennisinfrastructuur Arbeid en Zorg¹⁷ laat zien dat de kenniscyclus bestaat uit zogenaamde schakels, zoals kennisbehoefte, onderzoek, kennistransfer en de praktijk. Deze kennisinfrastructuur is gevat in “het geheel aan structurele voorzieningen dat gericht is op het genereren en toepassen van hoogwaardige kennis voor, respectievelijk in, de praktijk van arbeid en zorg”. In de ontwikkeling van de kennisinfrastructuur zien partijen uit het veld vijf belangrijke bouwstenen: 1) kennisontwikkeling, 2) digitale structurering, 3) samenwerking rondom en met de cliënt, 4) richtlijnen en implementatie en tot slot 5) governance en financiering. Dit zijn de componenten waarlangs de kennisinfrastructuur zich laat definiëren.

Het helder definiëren van de componenten en rollen is een punt dat ook bij de kennisinfrastructuur langdurige zorg van belang is. Een andere leerpunt dat ontstaat vanuit de vergelijking is dat we een dergelijke prominente plek ‘samenwerking rondom en met de cliënt’

¹⁷ Verkenning kennisinfrastructuur Arbeid en Zorg (2015), te raadplegen via: [Verkenning Kennisinfrastructuur Arbeid & Zorg | Rapport | Arboportaal](#)

missen. Het karakter van de kennisinfrastructuur langdurige zorg is hiermee eerder top-down dan bottom-up qua oriëntatie.

Vergelijkbaar met de langdurige zorg is voor het onderwijsdomein in kaart gebracht hoe de huidige kennisinfrastructuur functioneert en wat opgaven zijn voor de gewenste kennisinfrastructuur.¹⁸ Hieruit volgt een aantal opgaven:

- ▶ Zet in op de ontwikkeling van contextspecifieke kennis en op de ontwikkeling van generieke kennis. Dit vereist het verbinden van de landelijke en de regionale kennisinfrastructuur.
- ▶ Zet op regionaal niveau in op het verbinden tussen regionale partners en tussen kenniscreatie, opleiding en professionalisering, kwaliteitsverbetering en innovatie, om kennisbenutting te faciliteren. Daarbij gaat het zowel om het samen ontwikkelen van contextspecifieke kennis als om het creëren van een infrastructuur om generieke kennis te benutten.
- ▶ Sluit aan bij de motivatie, de energie en het initiatief van betrokkenen en bij hun gedeelde belangstelling.
- ▶ Betrek de praktijk bij generieke kennisontwikkeling.
- ▶ Zet in op bundeling en synthese van beschikbare generieke kennis en vertaling naar voor de onderwijspraktijk toepasbare handreikingen, methodieken en instrumenten en naar voor het beleid relevante inzichten.
- ▶ Combineer een programmatische aanpak met netwerkvorming.
- ▶ Zet in op verbinding en netwerkvorming als middel of katalysator voor kennisdeling.

Een leerpunt uit de vergelijking met onderwijsdomein is het onderscheid tussen specifieke (lees: regionale) en generieke (lees: landelijke) kennisontwikkeling en -deling. Ook benoemen partijen om de praktijk te betrekken en gericht kennis toe te passen, om zodoende te zorgen voor motivatie onder professionals en hun werkgevers.

Vanuit beide verkenningen komen rolduidelijkheid en regievoering naar voren als belangrijke punten voor de kennisinfrastructuur langdurige zorg.

Randvoorwaarden voor de kennisinfrastructuur langdurige zorg

Vanuit het literatuuronderzoek, de gesprekken met partijen uit de langdurige zorg en andere kennisinfrastructuren, komen wij tot een analyse van de huidige kennisinfrastructuur langdurige zorg. Deze analyse legt bloot hoe de huidige kennisinfrastructuur functioneert en wat hieraan al dan niet ten grondslag ligt. Als volgende stap vertalen we deze analyse in samenhang met de interviews en relevante literatuur in een set aan randvoorwaarden voor de kennisinfrastructuur langdurige zorg. Een deel van deze randvoorwaarden lijkt deels, of grotendeels geborgd binnen de huidige kennisinfrastructuur. Andere randvoorwaarden zijn nog niet, of onvoldoende geborgd. Hieronder geven we een (niet limitatieve) opsomming van de randvoorwaarden en bijbehorend element van de kenniscyclus.

▶ **Vindbaarheid en toegankelijkheid van informatie (element 4)**

- ▶ Beschikbare kennis moet makkelijk vindbaar en toegankelijk zijn voor professionals die deze kennis moeten toepassen. Er zijn op dit moment verschillende plekken om kennis te vinden, waarbij soms dubbelingen en soms witte vlekken bestaan. Dit beeld komt ook nadrukkelijk terug vanuit de zorgorganisaties. Zij pleiten voor één database waar zij kunnen filteren op de thema's

¹⁸ Rapportage 'omwille van goed onderwijs' (2021), te raadplegen via: [Omwille van goed onderwijs Verkenning scenario's kennisinfrastructuur onderwijs | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

die voor hen relevant zijn. Hierbij geven zij aan dat zij op dit moment informatie binnenkrijgen via verschillende kanalen en daardoor continu het gevoel hebben niet 'up to date' te zijn. Rekening houdend met de diversiteit van doelgroepen binnen de langdurige zorg en diversiteit aan typen medewerkers zal de kennisinfrastructuur hierop in moeten spelen. Dit betekent ook dat de teksten die worden gedeeld voor iedereen leesbaar en begrijpelijk moeten zijn.

- ▶ **Motivatie bij onderzoekers om aan te sluiten bij de praktijk (element 3)**
 - ▶ Deze motivatie lijkt sterk aanwezig bij onder andere de academische werkplaatsen, waar steeds meer wordt samengewerkt vanuit het onderzoek met zorgorganisaties en met het onderwijs. Dit is echter niet overal natuurlijk geborgd en er is ook geen structurele toets of (nieuw) onderzoek ook voor cliënten van meerwaarde is.
- ▶ **Draagvlak om kennis met elkaar te delen, over organisatiegrenzen heen (element 4)**
 - ▶ Binnen de langdurige zorg is het minder onderdeel van de cultuur om te blijven leren, met collega's te reflecteren op het handelen en om kennis met andere organisaties te delen of op werkbezoek te gaan.
- ▶ **Capaciteit om nieuwe werkwijze en kennis te implementeren in de organisatie (element 4)**
 - ▶ Dit vraagt zowel tijd van professionals als ruimte voor projectbegeleiding door professionals/manager/een projectleider.
- ▶ **Scholing die aansluit bij behoefte van professionals en verbinding met onderwijs (element 4)**
 - ▶ Vanuit onderwijsinstellingen zou er meer aanbod/scholing ontwikkeld en/of benut kunnen worden om professionals te blijven bijscholen. Dit vraagt wel een betere aansluiting van het onderwijs bij het onderzoek en de praktijk, zodat er een actueel aanbod ontstaat in alle regio's.
- ▶ **Tijd en ruimte bij professionals om nieuwe kennis tot zich te nemen (element 4)**
 - ▶ Dit vraagt zowel tijd van professionals. Scholing en onderwijs moeten een structureel onderdeel vormen van het werk en onder werktijd kunnen plaatsvinden.
- ▶ **Motivatie bij professionals en naasten om nieuwe kennis toe te passen (element 4)**
 - ▶ Dit verschilt per organisatie, beroepsgroep en per persoon. Een cultuur van levenslang leren is niet overal vanzelfsprekend in de langdurige zorg aanwezig en het bevorderen hiervan is niet overal geborgd.
- ▶ **Financiering van kennisuitwisseling en implementatie (element 4)**
 - ▶ Om kennisuitwisseling en implementatie van kennis in de langdurige zorg echt tot zijn recht te laten komen moet hiervoor tijd en ruimte bij professionals beschikbaar zijn. Zorgorganisaties en geven aan dat zij veelal in beslag worden genomen door de sleur van de dag. De arbeidsproblematiek die op dit moment heerst binnen de langdurige zorg is hiervoor een katalysator. Er wordt geen tijd genomen om kennis uit te wisselen, te leren en te implementeren. Daarnaast mist onder andere een algemene structuur voor kennisuitwisseling. Ook meer samenwerking met opleidingen om kennis te incorporeren en een goede eenvoudige registratiesystematiek kunnen bijdragen aan meer implementatie van kennis.
- ▶ **Structurele financiering (gehele kenniscyclus)**
 - ▶ Om samenwerking mogelijk te maken en zonder voorbehoud een andere partij te kunnen helpen op het gebied van de kennisinfrastructuur.
- ▶ **Gebruik van data als basis voor kennisontwikkeling (element 1, 4 en 5)**
 - ▶ Er wordt nog weinig gebruik gemaakt van data uit zorginformatiesystemen als input voor kennisontwikkeling.

Wij pleiten ervoor bij een kennisinfrastructuur eerst naar de professionals en cliënten te kijken voordat je het goed kunt opbouwen. Woord- en taalgebruik zijn daarin van groot belang. Als dat meer het vertrekpunt wordt, krijg je mogelijk ook andere kennisvragen. Het over de schutting gooien van kennis gaat niet meer helpen; de professional moet geholpen worden een reflectieve professional te worden.

Dat vraagt ook iets van de werkgevers. Belemmeringen zitten vaak bij het management. Ze worden vaak niet ondersteund op de werkvloer. De rapporten van de SER laten dat ook zien; er is te weinig vertrouwen in professionals en ruimte voor ontwikkelen.

ZonMw

Er moet beleid geformuleerd worden op gebied van scholing, nascholing en wetenschap. Dit is een taak van de overheid om dit samen met de beroepsgroepen te formuleren. Dan kun je daar met de opleiding op aansluiten.

SBOH

Samenvattend zien we in de huidige kennisinfrastructuur:

Er zijn veel partijen betrokken (zie figuur 2) en de verbindingen landelijk – regionaal zijn nog beperkt. Er wordt gedifferentieerd en in mindere mate vanuit de praktijk geagendeerd. Omgekeerd bereikt ontwikkelde kennis deze plekken fragmentarisch en maakt hiermee onvoldoende onderdeel uit van het lerend vermogen van organisaties.

De kenniscyclus langdurige zorg is nog niet ‘rond;’ kennisuitwisseling en -implementatie komen tot stand als partijen dit willen, kunnen en doen. De randvoorwaarden om dit goed te doen moeten dus geborgd zijn. Uit de analyse van de huidige kennisinfrastructuur langdurige zorg komt naar voren dat er een netwerk bestaat van regionale en landelijke partijen, programma’s, samenwerkingsverbanden, informele netwerken en ondersteunende structuren. Deze partijen en structuren spelen een rol in de kenniscyclus. De algehele samenhang is echter onvoldoende, wat de kennisinfrastructuur niet effectief maakt. We lichten een aantal constatering uit:

Het **inventariseren van kennisvragen** gebeurt langs verschillende kanalen en er is geen gezamenlijk overzicht. Er is geen landelijke agenda van waaruit betrokken organisaties opereren.

Het **programmeren van onderzoek** wordt door veel partijen opgepakt met diverse (soms financiële of op subsidiegericht) aanleidingen. Er is geen gezamenlijke prioritering per sector.

In het **uitvoeren van onderzoek** komt naar voren dat er weinig wordt gedaan met ervaringskennis en datagedreven werken. Het is van belang dat onderzoekers gemotiveerd zijn om resultaten aan te laten sluiten bij de praktijk. Ook moeten ze bereid zijn om andere manieren van onderzoek (lees: ervaringskennis en datagedreven werken) te integreren binnen het doen van onderzoek.

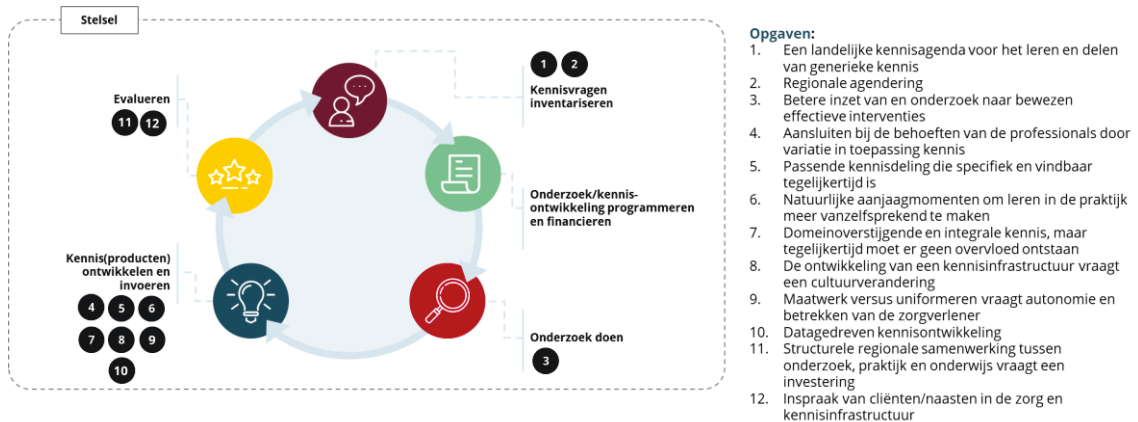
In het **invoeren van kennisproducten** zien we dat er een gat bestaat tussen het aanreiken en toepassen van kennis. Kennis moet daarom allereerst vindbaar en toegankelijk zijn. Een cultuur van leren en verbeteren is daarbij noodzakelijk. Voor medewerkers is van belang dat t zij tijd, ruimte en begeleiding krijgen om nieuwe kennis tot zich te nemen. Deze is er op veel plekken niet structureel of beperkt.

In het **evalueren** of kennis landt in de praktijk of dat de kennisinfrastructuur als geheel functioneert zien we dat dit nog onvoldoende tot niet gebeurt door partijen binnen de langdurige zorg.

/ De gewenste kennisinfrastructuur

De grote opgave binnen iedere kennisinfrastructuur is om de verbinding tussen de verschillende spelers te versterken en de werking van de gezamenlijke kenniscyclus te bevorderen, zodat kennis landt in de praktijk bij professionals en cliënten. Een goede kennisinfrastructuur is ingericht met elementen gericht op kennisvragen inventariseren, onderzoek programmeren, onderzoek doen, kennisproducten ontwikkelen, implementeren en evalueren. Binnen al deze stappen zijn partijen betrokken die in samenhang met elkaar opereren. Per stap gelden randvoorwaarden om ervoor te zorgen dat de kenniscyclus functioneert. In dit hoofdstuk beschrijven we de dilemma's en opgaven voor de gewenste kennisinfrastructuur langdurige zorg. We doen dit aan de hand van de vijf elementen van de kenniscyclus. Daarnaast zetten we de meer overkoepelende opgaven voor de gehele kennisinfrastructuur uiteen.

Opgaven voor de gewenste kennisinfrastructuur



Figuur 7: Geconstateerde opgaven in de kennisinfrastructuur langdurige zorg

1. Kennisvragen inventariseren

Een landelijke kennisagenda voor het leren en delen van generieke kennis

Op dit moment worden zowel landelijk als regionaal ontwikkelingen en initiatieven ontplooid die niet altijd in samenhang staan. Daardoor werkt de kenniscyclus niet optimaal. Een van de aspecten die verbeterd kan worden volgens partijen, is de ontwikkeling van een landelijke en gedragen kennisagenda. Dit biedt overzicht, prioritering, en zorgt voor samenhang tussen onderzoeksresultaten. Bij een landelijk ontwikkelde kennisagenda is het een opgave om de behoeften uit de praktijk inclusief de behoeften van cliënten centraal te laten staan en dit bottom-up te organiseren. In het komen tot een kennisagenda is een grote stap gezet door Vilans in het inventariseren van kennisvragen bij professionals, waarna samen met ZonMw en brancheorganisaties een eerste prioritering is aangebracht. Deze wordt nog niet veldbreed gezien als kennisagenda. Ook is in 2019 specifiek voor de gehandicaptenzorg de kwaliteitsagenda gehandicaptenzorg afgerond. De onderwerpen die hierin zijn opgenomen zijn gezamenlijk bepaald met de cliëntenorganisaties. Het huidige programma Volwaardig Leven is de opvolger van de kwaliteitsagenda. Uiteindelijk is een actuele kennisagenda een belangrijk onderdeel van een goed werkende kenniscyclus, die regelmatig wordt geëvalueerd met professionals, zorgorganisaties en onderzoek.

Regionale agendering

Naast de landelijke kenniscyclus zien we dat een schakel ontbreekt die zich richt op regionale agendering, gevoed vanuit de praktijk. Lerende netwerken en intercollegiale uitwisseling staan veelal nog in de kinderschoenen en richten zich hier nog niet op. Terwijl wel in de praktijk op regionaal niveau wordt gewerkt aan kennisuitwisseling tussen zorgorganisaties onderling in bijvoorbeeld lerende netwerken en tussen zorgorganisaties en onderwijsinstellingen in onder meer de regio Tilburg. Hier dient een landelijke kennisagenda de regionale praktijk te voeden en vice versa: vanuit de regionale praktijk kunnen kennisvragen worden geformuleerd die landelijk aandacht vragen (bottom-up).

We zitten in een spel tussen bottom-up en top-down, maar we willen meer naar bottom-up. Dat gebeurt de laatste tijd al meer, bijvoorbeeld door instellingen die zelf kennisagenda's maken of instellingen die zelf hogescholen benaderen. Op deze manier is een instelling veel meer in 'the lead'.

Academische Werkplaats

De rol van de cliënt in het ophalen van kennisvragen

In het ophalen van kennisvragen moeten cliënten en naasten een meer prominente rol krijgen. Dit volgt uit de interviews met cliëntenorganisaties, maar ook uit de discussie in de focusgroep. Er moet aandacht geschonken worden aan wat belangrijk is voor de cliënt en wat waarde toevoegt aan zijn of haar zorg en kwaliteit van leven. Hierbij moet selectief gekeken worden naar welke kennis al aanwezig is, waar we naartoe willen en wie de eindgebruiker is van de kennis. En dit geldt niet alleen voor het ophalen van kennisvragen. Cliëntenorganisaties geven aan dat de cliënt en zijn naaste een prominentere rol moeten krijgen in de gehele kenniscyclus. De kwaliteit van leven van de cliënten moet centraal staan om daarmee dit perspectief meer centraal te stellen en men te stimuleren om vanuit de cliënt zijn of haar behoefte te denken.

"Als randvoorwaarden voor het goed functioneren van de kenniscyclus is deelname en invloed van het cliëntperspectief essentieel en van belang voor een goede kwaliteit van de inrichting en inhoud van de kennisinfrastructuur. Wij worden veelal pas betrokken als het onderzoek bijna rond is, omdat cliëntbetrokkenheid het onderzoek valideert."

Ieder(in)

2. Onderzoek programmeren

Op basis van de landelijke agendering zou vervolgens programmering van onderzoek moeten plaatsvinden waarbij idealiter in het onderzoek dat wordt uitgevoerd al een goede verbinding wordt gemaakt met de regionale uitvoering om daarmee een sterkere verbinding tussen landelijk te ontwikkelen kennis en regionale/lokale toepassing en evaluatie van bestaande kennis plaatsvindt. Door de komst van de Academische Werkplaatsen gebeurt dit inmiddels op veel plekken.

In de focusgroep wordt aangegeven dat er goed afstemming moet zijn tussen de verschillende onderzoeksprogramma's met betrekking tot kennisontwikkeling. Daarnaast wordt aangegeven dat onderzoek pragmatisch, dichtbij de cliënt en goed hanteerbaar voor de werkvloer moet zijn. Een punt dat meerdere keren wordt genoemd is het betrekken van cliëntenorganisaties.

“Hoe maak je cliënten en naasten echt onderdeel van de kennisinfrastructuur? Dus kennis vanuit cliëntperspectief en ook kennis ter beschikking stellen aan cliënten en naasten. Wat hebben cliënten(organisaties) nodig om mee te doen?”

Landelijke Organisatie Cliëntenraden

3. Onderzoek doen

Betere inzet van en onderzoek naar bewezen effectieve interventies

Een opgave zien we in het samenbrengen van theorie en praktijk. Zo zijn er databanken met effectieve interventies zoals van Vilans. Professionals in de zorg lijken deze databanken echter beperkt te vinden, ofwel lijkt het effect ervan onvoldoende meerwaarde te bieden in het werken met cliënten. Er lijkt dus een kloof te zitten tussen theorie en het toepassen hiervan in de praktijk. Hierbij geldt ook dat bijvoorbeeld de gedragswetenschappelijke kant minder bewezen effectieve interventies kent en hier nog meer behoefte is aan onderzoek. In het overbruggen van deze kloof kunnen richtlijnen, indien toegankelijk voor diverse groepen professionals, en kwaliteitsstandaarden een rol spelen.

4. Kennisproducten ontwikkelen en invoeren

Aansluiten bij de behoeften van de professionals door variatie in de toepassing van kennis

De verschillende disciplines en doelgroepen in de langdurige zorg leiden tot veel diversiteit van de professionals en informele zorg. Deze diversiteit maakt dat je verschillende eisen stelt aan het kennis verspreiden en toepassen. De langdurige zorg kent relatief veel medewerkers op mbo-niveau. Voor hen is het vanuit hun opleiding minder natuurlijk om continu nieuwe kennis tot zich te nemen. Het levenslang leren concept is over het algemeen nadrukkelijker aanwezig bij de hbo en universitair geschoolde medewerkers. Ook is voor veel mbo-geschoolde medewerkers schriftelijke informatie minder toegankelijk. Dit vraagt verschillende vormen waarin de kennisproducten worden aangereikt, waarbij ze waar mogelijk minder talig worden gemaakt en in vormen als een spel, app of via beslisondersteuning worden aangeboden. Vilans doet dit in verschillende vormen. Dit kan helpen om juist de professionals te bereiken die niet goed uit de voeten kunnen met schriftelijke kennis en waar levenslang leren niet standaard onderdeel uitmaakt van hun beroepspraktijk. Het laagdrempelig aanbieden van nieuwe kennis – mede via het onderwijs en door scholing - is belangrijk in het bereiken van een groter deel van de professionals.

Passende kennisdeling die specifiek en vindbaar tegelijkertijd is

Doordat de langdurige zorg veelomvattend is, zien we dat er veel verschillende kennisplatforms voor specifieke doelgroepen beschikbaar zijn. Dit geeft mogelijkheden om kennis specifiek te richten op bepaalde doelgroepen, en zo laagdrempelig te ontsluiten. Tegelijkertijd leiden veel platforms tot versnippering; zeker voor professionals die niet onder de klassieke doelgroepen vallen omdat zij bijvoorbeeld domeinoverstijgend werken. Een overvloed aan informatie leidt tot minder implementatie van kennisproducten in de praktijk; er is immers beperkte ruimte voor zorgprofessionals om zich te verdiepen in nieuwe kennis. Een mogelijke oplossing is om hier met een organisatie te werken die filtert, de informatie toepasbaar maakt en prioriteert waar nodig. Met een zogenaamde 'brokerfunctie' kan er meer toegespitte informatie worden verspreid voor de verschillende doelgroepen en bijbehorende professionals en ook naasten die informele zorg bieden. Vilans vervult hierin deels een rol voor bepaalde beroepsgroepen en beroepsvereniging Verenso doet dit specifiek voor de specialisten ouderengeneeskunde. Deze functies bestaan echter nog niet in

samenhang. De rol van tussenpartij kan dus beter worden belegd. Zorgorganisaties geven aan hier behoefte aan te hebben. Ook zien we vanuit cliëntenvertegenwoordiging een nadrukkelijke behoefte naar voren komen naar toegespitste informatie voor cliënten, naasten en mantelzorgers.

Natuurlijke aanjaagmomenten om leren in de praktijk meer vanzelfsprekend te maken

Om de kennisinfrastructuur te borgen, moet leren meer vanzelfsprekend gemaakt worden in de praktijk. Het is daarbij van belang om te bepalen wat de beste momenten zijn waarop zorgprofessionals leren, wanneer professionals elkaar logischerwijs vinden en wanneer werk en leren gecombineerd kan worden (learning-on-the-job of juist het begeleiden van stagiaires op een afdeling of zelfs specifieke leerafdeling waar in brede zin een leerklimaat bestaat en waar de studenten veel nieuwe kennis meebrengen en overdragen op bestaand personeel). Van daaruit kan aangesloten worden bij de best passende momenten.

“Er is geen vloeiende stroom van alle kennis naar de praktijkwerkers. Om dit te realiseren kunnen we de mensen om de praktijkwerkers heen, bijvoorbeeld orthopedagogen, een vertaalfunctie laten hebben van kennis naar de praktijkwerkers.”

Raad van Bestuur GHZ-instelling

Als deze er voor bepaalde beroepsgroepen onvoldoende blijken te zijn, zullen deze gecreëerd moeten worden. Dat kan vrijblijvend; door samen met werkgevers te kijken hoe dat meer geïntegreerd kan worden. Wanneer daar onvoldoende mogelijkheden voor zijn is een meer verstrekkende variant om (bij)scholing verplicht te stellen door accreditatie of registratie. Dat leidt echter tot een andere dynamiek in het veld, omdat het een top-down benadering is om het leren te stimuleren. Tegelijkertijd kan het eraan bijdragen dat werkgevers hun werknemers faciliteren om het leren te integreren in hun werkzaamheden. Lerende netwerken vormen nu ook een eis vanuit het kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, maar in de praktijk is het aantal zorgprofessionals wat hieraan deelneemt nog relatief laag. Vanuit zowel cliëntenorganisaties, zorgorganisaties als beroepsverenigingen wordt ook de behoefte uitgesproken om een balans te vinden tussen verplichten van bijscholing, met risico op afvinken, en juist de reflectie en intrinsieke nieuwsgierigheid te stimuleren en te faciliteren bij professionals.

“We moeten nieuwsgierigheid en ontwikkeling stimuleren. Wij doen dat door dit te vragen van onze medewerkers. Wij geven hen recht op twee dagen scholing, laten hen meelopen met andere locaties, laten hen deelnemen aan een extra moreel beraad, et cetera.”

Raad van Bestuur GHZ-instelling

De ontwikkeling van een kennisinfrastructuur vraagt een cultuurverandering

Doordat het in de langdurige zorg ontbreekt aan een onderzoekstraditie, vraagt het meer tijd om een kennisinfrastructuur te ontwikkelen en de kenniscyclus te laten werken. Niet alleen kost deze ontwikkeling tijd, maar vraagt het om een cultuurverandering bij zorgprofessionals en alle andere betrokken organisaties. Uiteindelijk is het de wens om niet vanuit intrinsieke motivatie levenslang te leren, maar vanuit problemen waar zorgverleners tegenaan lopen in de praktijk. Zorgverleners ervaren in de praktijk ook dat een bepaalde werkwijze beter werkt, zoals te zien in een betere kwaliteit van leven en andere patiënt- of clientrelevante uitkomsten. Vanuit deze *practice based*

evidence zou het mooi zijn als er nieuwe kennisvragen ontstaan en nieuw onderzoek wordt ingezet, zodat dit leidt tot *evidence based practice*.

“Je schrikt ervan in hoeverre bepaalde tools bekend zijn bij de samenwerkingspartners. Om dit voor elkaar te krijgen is bestuurlijk leiderschap en een visie hierop nodig. Andere bedreigingen zijn: “we hebben geen tijd”, “het is moeilijk om mijn 2000 medewerkers in beweging te krijgen” en “in een jaar tijd kan de helft van een team al gewisseld zijn”. De tijd tussen het genereren van kennis tot het op de werkvloer komt is te lang.”

Academische Werkplaats

Maatwerk versus uniformeren vraagt autonomie en betrekken van de zorgverlener

In de langdurige zorg is het bieden van maatwerk om aan te sluiten bij de behoefte van de cliënt en zijn naasten groter dan in de medisch-specialistische zorg. Dit vraagt om vaardigheden die gericht zijn op reflectie van wat de cliënt nodig heeft. Tegelijkertijd kan meer uniformering en invoeren van bewezen effectieve interventies, kwaliteitsstandaarden en richtlijnen leiden tot betere kwaliteit van zorg. Het is daarmee belangrijk om professionals in de langdurige zorg te faciliteren in het beslissen over de wijze waarop zij kennis toepassen. Professionals moeten in staat zijn om goede afwegingen te maken over welke kennis op welk moment wordt toegepast zodat er met behulp van bestaande kennis en effectieve interventies maatwerk geleverd kan worden op cliëntniveau.

Cliëntenorganisaties vragen zich af wie bepaalt wat goede en zinnige zorg is. Zij geven aan dat *evidence based practice* niet per se goed wordt ontvangen door de cliënt. Wie bepaalt in dat geval welke zorg gegeven moet worden? Dit vraagt dus naast kennis over de beschikbare interventies ook om kennis, vaardigheden en 'lef' om besluiten te nemen over de toepassing van die interventies in de dagelijkse praktijk.

Datagedreven kennisontwikkeling

Er liggen kansen om de dataverzameling in de langdurige zorg zo te uniformeren dat beschikbare data landelijk gebruik kunnen worden in de evaluatie van de effecten van het toepassen van nieuwe kennis, door bijvoorbeeld onderscheid te maken in de analyse tussen zorgaanbieders die wel of juist niet met een methodiek als triple-C werken. Deze meer toekomstgerichte opgave heeft parallellen met de ontwikkelingen rond het programma KIK-V, maar vraagt om duidelijke afspraken en commitment tussen betrokken partijen in de langdurige zorg (zie [hoofdstuk 5 Monitoring](#)).

5. Evalueren

Structurele regionale samenwerking tussen onderzoek, praktijk en onderwijs vraagt een investering

Een kennisinfrastructuur vraagt om structurele samenwerking en uitwisseling tussen zorg en ondersteuning, onderzoek en onderwijs. Dit gebeurt nu bij diverse academische werkplaatsen, maar dit is ontstaan door structurele inzet van financiering. Structurele financiering geeft partijen niet alleen ruimte voor procesmatige verbetering en in het komen tot een inhoudelijke agenda, maar ook motivatie om elkaar te blijven vinden en aan een gezamenlijk doel te blijven werken. Daarnaast kan het helpen in het samenbrengen van domeinen die elkaar niet vanzelfsprekend vinden. Bij samenwerking lopen de lijnen van wie wat doet door elkaar. Een flexibele indeling qua budgetten kan hierbij helpend zijn.

Inspraak van cliënten/naasten in de zorg en kennisinfrastructuur

Cliëntenorganisaties worden nu bekostigd op basis van subsidies vanuit VWS. Op die manier wordt

eveneens hun betrokkenheid bij de vormgeving van de kennisinfrastructuur en kwaliteit van zorg bekostigd. Diverse cliëntenkoepels geven aan dat er onvoldoende gebruik wordt gemaakt van ervaringskennis van cliënten en naasten, van cliëntenvertrouwenspersonen en van de diverse cliëntenkoepels zelf. Het zou van meerwaarde zijn in de toets of er behoefte is aan bepaalde kennis als hierbij standaard cliënten(vertegenwoordiging) bij betrokken is. En niet alleen van meerwaarde; onderzoek laat zien dat ervaringsdeskundigheid wordt gezien als noodzakelijke deskundigheid in het veld van zorg en welzijn¹⁹. Daarnaast kan clientparticipatie een prominent onderdeel worden binnen de kenniscyclus. Voor de praktische vragen van cliënten en naasten zijn geen geschikte kanalen en wordt naasten weinig handvatten geboden in de informele zorg. Het gros van de deelnemers van de focusgroep benoemd bij het onderdeel 'evaluatie' de rol van de cliënten(organisaties). Juist bij de evaluatie zou er een impactmeting vanuit de cliënt moeten plaatsvinden, zo geven zij aan.

“Er wordt veel kennis verspreid door verschillende kennisinstituten, waaronder Vilans. Echter de ervaringskennis van mensen die met de langdurige zorg zelf te maken hebben wordt weinig benut en cliënten worden niet betrokken in het onderzoek. Ook worden cliëntervaringsonderzoeken maar beperkt gedaan, 1x per 1-2 jaar, en met vragen die niet aansluiten bij de cliënten zelf. Ervaringskennis zou samen moeten gaan met wetenschappelijke kennis.”

Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)

¹⁹ Hogeschool Utrecht, Ervaringsdeskundigheid: Een bijdrage van de derde bron van kennis, Vakblad voor Contextuele Hulpverlening Vereniging van Contextueel Werkers, Vol. 24, Uitgave: 1, Pagina's: 20-25

/ C Blauwdruk voor de monitor

Hieronder werken we uit welke mogelijke onderdelen de monitor van de kennisinfrastructuur langdurige zorg kan bevatten en welke mogelijke indicatoren hierin goede input vormen. Deze lijst wordt nog verder aangescherpt op basis van de input uit de survey.

We geven hieronder een beeld van parameters die al bestaan. Daarnaast doen we een voorstel voor data die nog niet direct beschikbaar zijn, maar die volgens ons relevant kunnen zijn om in beeld te brengen. Met deze data kan mogelijk iets gezegd worden over de kennisinfrastructuur langdurige zorg en de beoogde effecten daarvan.

Beschikbare data op het gebied van leren en ontwikkelen door professionals

Om in beeld te brengen hoe de kennis in de langdurige zorg zich ontwikkelt is het van belang om allereerst zicht te krijgen op factoren die zich richten op leren en ontwikkelen van professionals in de langdurige zorg. Deze data kunnen helpen om een beeld te krijgen van het kennisniveau, de competenties, maar ook de mate van ontwikkeling in die beide parameters en de mate waarin opleidingen en scholingen worden gevolgd in de langdurige zorg. Daarnaast zijn specifiek voor de ouderenzorg een aantal parameters uit de scans van Waardigheid en Trots opgenomen waarin ook aandacht voor een lerende cultuur, als onderdeel van de kwaliteitscyclus opgenomen zijn. Al deze indicatoren zeggen niet per definitie iets over de effecten van het toepassen van kennis, maar wel over de aanwezigheid van kennis en lerende cultuur bij professionals.

Reeds beschikbaar:

- ▶ Landelijke data over opleidingsniveau (mbo/hbo etc.) van de medewerkers in de gehandicaptenzorg en ouderenzorg sector, aangevuld met gevolgde opleidingen (kort/lang en cursus/training en vakinhoudelijk of vaardigheden) via CBS Statline
 - ▶ <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/dataset/24070NED/table?ts=1552402742734>.
- ▶ Aantal medewerkers dat toereikendheid aan kennis ervaart en technologie/innovatie toepast via CBS Werknemersenquête
 - ▶ CBS Werknemersenquête <https://dashboards.cbs.nl/v3/AZWDashboard/>
- ▶ Behoeftte aan scholing op het gebied van richtlijnen (Nivel panel Verpleging en verzorging).
- ▶ Score op het onderwerp 'leren en ontwikkelen' vanuit medewerkerstevredenheidsonderzoeken.
- ▶ Ontwikkeling in bevoegd en bekwaamheid: Kwaliteitsregister V&V, Stichting Kwaliteitsregister Jeugd
- ▶ Hoeveel besteedt uw organisatie jaarlijks aan scholing en scholingsactiviteiten voor uw medewerkers? Dit kunnen interne en externe scholingsactiviteiten zijn. (Kerngegevens GHZ/ Zorginzicht GHZ)
- ▶ Aantal of % organisaties dat jaarlijks minimaal 2 % van de loonsom aan scholingsactiviteiten besteedt (uit de kernset GHZ).

Te verzamelen (nog niet beschikbaar):

- ▶ Aanwezigheid van een visie en plan gericht op kennis(toepassing) (e.g. kwaliteitsplan)
- ▶ Personeelssamenstelling indicatoren, zoals de personeelsmix (type medewerkers per sector), aantal stagiairs en leerlingen (uit de regionale sessies komt namelijk dat een mix van opleidingsniveaus vergroot het lerende klimaat)

- ▶ Ervaring van zorgmedewerkers over samenwerking: de behandelaren, de specialist ouderengeneeskunde (SO), de huisarts en de (zorg)medewerkers werken goed samen (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ Ervaring van zorgmedewerkers met drempels om incidenten te melden: zorgmedewerkers ervaren geen drempels om (bijna-) incidenten (MIC/MIM) te melden: het is gemakkelijk en wordt onderling en door leidinggevenden gestimuleerd (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ Ervaring van zorgmedewerkers over reflectie op werk en onderlinge uitwisseling hierover: de (zorg)medewerkers denken kritisch na over hoe hun werk beter kan en bespreken dat met elkaar (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ Ervaring van zorgmedewerkers over reflectie op werk en onderlinge uitwisseling hierover: de zorgorganisatie stimuleert een open cultuur waarin (zorg)medewerkers reflecteren op het werk en het met elkaar bespreken als iets beter kan. (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ De mate waarin van zorgmedewerkers input kunnen geven voor het kwaliteitsplan van de locatie: de (zorg)medewerkers kunnen input geven voor het kwaliteitsplan van onze organisatie en de verbeterparagraaf van deze locatie. (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ Ervaring van zorgmedewerkers over aandacht voor ontwikkelingsmogelijkheden: medewerkers hebben jaarlijks een (functionerings)gesprek waarin ook de scholingsbehoeften en ontwikkelingsmogelijkheden worden besproken (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)

Beschikbare data op het gebied van uitwisseling van kennis tussen organisaties

Om in beeld te brengen hoe de kennis in de langdurige zorg zich verspreidt tussen organisaties zijn ook een aantal indicatoren opgenomen. Immers een goede kennisinfrastructuur hangt samen met de mate waarin kennis 'stroomt' tussen organisaties zodat niet overal eenzelfde wiel wordt uitgevonden en zodat effectieve interventies worden verspreid en 'niet-effectieve' interventies minder of niet meer worden toegepast. Over dit onderdeel zijn op dit moment geen indicatoren gevonden, wel doen we een aantal suggesties voor te ontsluiten indicatoren.

Nog te ontwikkelen:

- ▶ Aantal organisaties dat deelneemt in een lerend netwerk
- ▶ Aantal regionale platforms en/of samenwerkingen over kennisdeling bijv. digitale regionale kennisfora en/of academies en/of themanetwerken in de regio over specifieke aandoeeningen.
- ▶ Aantal visitaties/audits bij zorgorganisaties door collega's, bedoeld om van elkaar te leren.
- ▶ Mate waarin (zorg)medewerkers ervaren om dat zij voldoende tijd en ruimte hebben om mee te lopen bij en kennis te delen met een collega-organisatie in een lerend netwerk (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg)
- ▶ Aantal organisaties dat vanuit het inkoopkader langdurige zorg een tariefsopslag krijgt voor:
 - ▶ Acties met betrekking tot arbeidsmarktproblematiek in de regio en het uitwisselen van kennis hierover (inkoopkaders aantal zorgkantoren)
 - ▶ Acties met betrekking tot de aanpak van wachtlijsten c.q. wachttijden en het uitwisselen van kennis hierover (inkoopkaders aantal zorgkantoren)
 - ▶ Acties met betrekking tot kennisdeling en het uitwisselen van kennis hierover (inkoopkaders aantal zorgkantoren)
 - ▶ Acties met betrekking tot integrale samenhang en kwaliteit van zorg in de regio en het uitwisselen van kennis hierover (inkoopkaders aantal zorgkantoren)

Beschikbare data op het gebied van verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk

Om in beeld te brengen hoe de kennis in de langdurige zorg zich vanuit onderzoek vertaalt naar de praktijk dus hoe de twee 'werelden' van onderzoek en praktijk zich tot elkaar verhouden zijn ook een aantal indicatoren opgesteld. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat kennistoepassing in de praktijk een boost krijgt als de verbinding tussen onderwijs, wetenschap en toepassing op de werkvloer geborgd is.

Reeds beschikbaar:

- ▶ Aantal academische werkplaatsen.
- ▶ Aantal organisaties dat 'learning communities' heeft ingericht tezamen met hogescholen.
- ▶ Aantal organisaties met samenwerkingsafspraken met scholen over het opleiden en begeleiden van nieuwe medewerkers/ zij-instromers (inkoopkader aantal zorgkantoren)

Te verzamelen:

- ▶ Aantal organisaties in praktijk en onderwijs dat deelneemt aan/samenwerkt met een academische werkplaats.
- ▶ Aantal samenwerkingsovereenkomsten tussen organisaties in de langdurige zorg en opleidingsinstituten/universiteiten.
- ▶ Aantal onderzoeken/publicaties over de langdurige zorg waarbij organisaties uit de praktijk betrokken zijn.
- ▶ Aantal aanpassingen van curricula/opleidingsprofielen op basis van inzichten uit onderzoek in de langdurige zorg.
- ▶ Verbeterthema's die vanuit wetenschappelijk onderzoek op de agenda staan bij een zorgorganisatie (te monitoren via kwaliteitsplan).
- ▶ Personeelssamenstelling met specifiek aandacht voor mensen die combinatie-baan hebben waarin onderwijs/werk in de zorg en/of deelname aan onderzoek/werk in de zorg naar voren komt.

Beschikbare data op het gebied van gebruik van kennisproducten

Om in beeld te brengen of kennis wordt toegepast kan ook worden gekeken naar het gebruik van kennisproducten die specifiek bedoeld zijn om de kennis die er is over de langdurige zorg meer en beter toe te passen. Hiervan zijn tijdens het onderzoek nog geen directe databronnen gevonden, wel doen we suggesties voor mogelijk te verzamelen gegevens die hierin inzicht kunnen bieden.

Te verzamelen:

- ▶ Aantal clicks websites die kennisproducten beschikbaar stellen (bijvoorbeeld Vilans, handreikingen via branches etc.)
- ▶ Aantal deelnemers (personen en organisaties) aan kennisproducten zoals webinars/ bijeenkomsten
- ▶ Aantal organisaties dat KCK-V protocollen benut
- ▶ Aantal onderwijsinstellingen waar met deze KIK-V protocollen onderwijs wordt gegeven
- ▶ Aantal organisaties dat gebruik maakt van historische data van cliënten en zorggebruik om trends over zorggebruik te voorspellen en daarop beleid aanpast

Toelichting: een organisatie die op dit niveau gegevens bijhoudt (slaapritme, hartritme, maar ook meer subjectief zoals eetgewoontes, stress) zal ook meer met deze kennis doen en krijgt een meer

onderzoekende houding en dat komt uiteindelijk ten goede van de client (bijvoorbeeld: verandering in nachtritme is indicatie van slaapstoornis)²⁰.

Als eerste indicator zou gebruikt kunnen worden hiervoor: Aantal organisaties die aantoonbaar kunnen maken dat de inzet van (zorg)technologie bijdraagt aan contact met de sociale omgeving, zelfstandigheid, zelfredzaamheid en/of eigen regie van de klant (uit inkoopkader van een zorgkantoor).

Beschikbare data op het gebied van kwaliteit van zorg

Om in beeld te brengen of de kennisinfrastructuur effect heeft op de kwaliteit van zorg zijn een beperkt aantal indicatoren opgenomen die hiervoor bruikbaar zouden kunnen zijn. Kanttekening bij deze data is dat ze worden gebruikt in het kader van effectiviteit van zorg en niet direct voor leren en verbeteren in relatie tot de kennisinfrastructuur. Belangrijk is in dit geval om te zorgen dat bij gebruik van deze data ten behoeve van de kennisinfrastructuur, partijen zich bewust zijn van meerdere doelstellingen en confounders die deze uitkomstmaten beïnvloeden. Een deel van deze indicatoren kan vervolgens input geven om kennisontwikkeling (door middel van onderzoek) en/of kennisuitwisseling te vergroten op specifieke thema's, omdat de indicatoren soms heel specifiek over een onderwerp gaan waarop kennisuitwisseling of behoefte aan leren en verbeteren blijkt.

Reeds beschikbaar:

- ▶ Items uit de vragenlijst kerngegevens GHZ, e.g.
 - ▶ Aantal of % cliënten waarvoor een risico-inventarisatie is uitgevoerd

- ▶ Indicatoren uit handboek indicatoren verpleeghuiszorg, e.g.
 - ▶ % cliënten waarop beleidsafspraken rondom Advance Care Planning zijn vastgelegd
 - ▶ Bespreken medicatiefouten in het team
 - ▶ % cliënten op de afdeling waarbij voedselvoorkeuren in de afgelopen zes maanden zijn besproken en vastgelegd
 - ▶ Percentage afdelingen waar een casuïstiekbespreking over decubitus heeft plaatsgevonden
 - ▶ Percentage afdelingen waar medicatiefouten tenminste één keer per kwartaal multidisciplinair worden besproken met medewerkers van de afdeling op basis van meldingen die zijn gedaan
 - ▶ Percentage cliënten –met een ZZP V&V indicatie met behandeling- waarbij een formele medicatiereview heeft plaatsgevonden in het bijzijn van een zorgmedewerker die medicijnen aan de cliënt verstrekt.
 - ▶ Aantal en % organisaties dat heeft gekozen voor het leren over terugdringen van vrijheidsbeperking in de organisatie.
 - ▶ Aantal en % organisaties dat heeft gekozen voor het leren over vrijheidsbevordering in de organisatie
 - ▶ Aantal en % organisaties dat heeft gekozen voor het leren over continëntie in de organisatie

Beschikbare data op het gebied van cliëntperspectief op het gebied van kennisontwikkeling

In de langdurige zorg hebben cliënten en naasten een belangrijke rol, immers zij zijn degene waarop de zorg zich richt en die het effect van kennisdeling in de praktijk moeten merken. Bovendien hebben

²⁰ Uit: <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/publicaties/welke-rol-speelt-data-in-de-langdurende-zorg.pdf>

naasten een steeds grotere rol in de zorgverlening vanuit de vele extramurale zorg die plaatsvindt, de visie op participatie van informele zorg en de arbeidsmarktcrisps voor professionals. In dit deel nemen we indicatoren op die gaan over het cliëntperspectief in relatie tot kennisontwikkeling. De betrokkenheid van cliënten bij het ontwikkelen en toepassen van kennis is in het gehele onderzoek als zeer belangrijke factor benoemd, dus ook in de monitoring is dit van belang om mee te nemen.

Reeds beschikbaar

- ▶ Minimaal één keer per jaar worden de bewoners gevraagd naar hun ervaringen met de zorg. In de vorm van bijvoorbeeld een cliëntervaringsonderzoek of interview (in combinatie met Zorgkaart van de Patiëntenfederatie).
- ▶ Items uit cliëntwaarderingsonderzoek/cliëntervaring score/CQI op de volgende onderdelen:
 - ▶ Nemen de zorgverleners uw gezondheidsklachten serieus?
 - ▶ Kunt u meebeslissen over wat voor zorg of hulp u krijgt?
 - ▶ Kunt u meebeslissen over wanneer u zorg of hulp krijgt?
 - ▶ Organiseren zorgorganisaties inspraakavonden voor cliënten/ naasten.
 - ▶ Aantal organisaties dat een cliëntenraad heeft
- ▶ 3. Items uit toetsingskader van de IGJ
 - ▶ Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen en behoeften (IGJ)
 - ▶ Cliënten voeren, binnen hun mogelijkheden, zelf regie over leven en welbevinden (IGJ)
- ▶ Score uit inkoopkader van zorgkantoren
 - ▶ Aantal organisaties waar voor iedere klant een elektronisch cliëntdossier beschikbaar is, waarbij in ieder geval het zorgplan op afstand inzichtelijk is voor verwanten en/of mantelzorgers
- ▶ Score uit Kerngegevens GHZ/ Zorginzicht GHZ
 - ▶ Voor welk percentage cliënten heeft uw organisatie de zorgafspraken in samenspraak met de cliënt en/of cliëntvertegenwoordiger opgesteld?

Te verzamelen

- ▶ Aantal richtlijnen/ontwikkelingen ten behoeve van cliëntveiligheid waarbij cliënten en naasten betrokken zijn (NB: sec het aantal richtlijnen zegt niets over kennisinfrastructuur. Het gaat hier om de betrokkenheid van cliënten bij de ontwikkeling van de richtlijnen)
- ▶ Uitkomst onderzoek onder cliëntenraden of zij betrokken worden bij kennisvragen, gevraagd worden om kennisvragen te formuleren of verbeteritems hebben geformuleerd.
- ▶ Inbedding van cliëntwensen door de actieve toepassing van een kwaliteitsmethodiek of verbeteraanpak (kwaliteitsverbetercyclus KVC (Vilans), Kwaliteit@ (www.welzijnindezorg.nl) etc.,
- ▶ Aantal organisaties dat data inzichtelijk maakt voor cliënten en naasten
- ▶ De (zorg)medewerkers leren van situaties en (cliënt)ervaringen en **koppelen terug** aan bewoners, naaste(n) en elkaar wat ermee is gedaan. (via Vilans / scan Waardigheid en Trots ouderenzorg).

/ D Governance modellen

Onderstaand delen we twee governance modellen die gebruikt kunnen worden om het gesprek te voeren over de onderlinge taak- en rolverdeling ten aanzien van een gezamenlijke opgave (RASCI) en om besluitvorming te organiseren (RAPID).

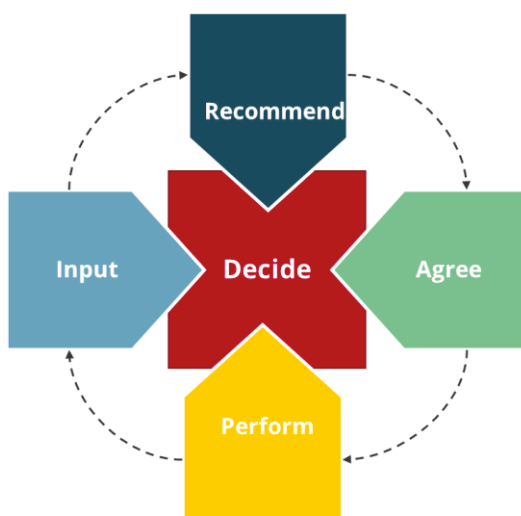
RASCI-Model

Het RASCI-model kan gebruikt worden om gesprek te voeren over de taak- en rolverdeling ten aanzien van een gezamenlijke opgave. Per taak of verantwoordelijkheid wordt bepaald welke organisatie welke rol vervult. Een RASCI is geen statisch model en faciliteert vooral het gesprek over de onderlinge taak- en rolverdeling. Periodiek wordt de RASCI geëvalueerd en bijgesteld indien nodig of wenselijk.

RASCI	
R esponsible	Organisaties/ gremia die verantwoordelijk zijn voor het behalen van het beoogde resultaat en daar zelf een actieve rol in spelen.
A ccountable	Eindverantwoordelijke organisatie of gremium.
S upportive	Helpen de 'responsible' organisaties/gremia met het behalen van het resultaat door mensen en middelen (data, infrastructuur) te investeren
C onsult	Geven advies/ expert input aan de 'responsible' organisaties/gremia
I nform	Organisaties/ gremia die goed en doorlopend geïnformeerd moeten blijven

	Org. 1	Org. 2	Org. 3	Org. 4	Org. 5	Org. 6	Org. (...)
Taak 1	A	R	R	C	C	S	
Taak 2	R	A	R	C	C	S	
Taak 3	R	R	A	C	C	I	
Taak 4	A	C	R	S	C	I	
Taak 5	C	R	S	S	A	I	
Taak (...)							

RAPID – Model



RAPID-model* voor besluitvorming

Het RAPID model helpt bij het expliciteren van de verschillende rollen die organisaties/gremia kunnen vervullen in een besluitvormingsproces.

Recommend: Bereiden een besluit of actie voor en bevelen een optie aan.

Agree: Geven akkoord op het voorleggen van een besluit aan de 'deciders'.

Perform: Verantwoordelijk voor het geven van uitvoering aan het genomen besluit.

Input: Geven input aan de 'recommendation'. Input kan onderbouwd niet worden verwerkt.

Decide: nemen het uiteindelijke besluit.

*Het model is ontwikkeld door Bain & Company.

/ E

De rol van het Zorginstituut in de kennisinfrastructuur langdurige zorg

Het Zorginstituut kan bijdragen aan het creëren van de juiste context voor implementatie en in de evaluatie van de kennisinfrastructuur

Het Zorginstituut wil meer richtinggevend zijn in de kwaliteit van zorg, en kijkt daarvoor naar de mogelijkheden die zij heeft binnen de wettelijke kaders. Daarnaast wil zij ook buiten haar wettelijke taken bekijken wat zij kan doen. Onderstaand werken we een aantal mogelijkheden uit waarin het Zorginstituut een rol kan vervullen voor zowel de korte als de langere termijn.

Op korte termijn zien we een signalerende, agenderende, faciliterende rol voor het Zorginstituut

Wij zien een faciliterende, signalerende en monitorende rol voor het Zorginstituut Nederland. Daaruit volgt ook een agenderende functie om bij de andere betrokken partijen op landelijk niveau te (blijven) wijzen op wat de kennisinfrastructuur langdurige zorg vraagt. In het bewegende veld van de kennisinfrastructuur zal het Zorginstituut hierin continu moeten zoeken naar een passende en faciliterende rol.

Op **korte termijn** zien we de volgende taken als prioriteit voor het Zorginstituut:

- ▶ Het structureel op de agenda houden van het thema kennisinfrastructuur bijvoorbeeld door in overleg met het ministerie van VWS af te spreken om het Beter-Wetenoverleg hiervoor te gebruiken met aanvulling van diverse partijen uit het onderwijs en de cliëntenvertegenwoordiging;
- ▶ Gevraagd en ongevraagd adviseren, waarbij het Zorginstituut naast agenderen ook de vragen stelt die ingaan op de hiaten en knelpunten. Hierbij kan het Zorginstituut andere partijen ook een spiegel voor houden en reflecteren op de rol die zij hebben.
- ▶ Signaleren waar de kennisinfrastructuur knelt en dit vervolgens agenderen bij de desbetreffende partijen;
- ▶ Podium geven aan cliënten en professionals om ervaringen te delen. Dat kan in het landelijke overleg, maar ook in andere overleggen zoals bijvoorbeeld de stuurgroepen kwaliteitskaders Gehandicaptenzorg en Verpleeghuiszorg waar 'leren en verbeteren' als uitgangspunt voor de kwaliteitskaders gelden;
- ▶ Agenderen met de NZa wat er nodig is voor implementatie, zoals bepaalde randvoorwaarden in financiering, of eisen in subsidieverstrekking, breder dan vanuit de voorwaarden van verzekerde zorg;
- ▶ Overzicht bieden op de afspraken die volgen uit de evaluaties binnen de kennisinfrastructuur langdurige zorg (doelstelling en realisatie);
- ▶ Monitoren van het functioneren van de kennisinfrastructuur langdurige zorg als geheel. De monitoring vraagt nadruk op de kwalitatieve terugkoppeling om zorgorganisaties te stimuleren tot het nemen van stappen op het gebied van implementatie;
- ▶ Analyseren van de meerwaarde van de gebruikte meetinstrumenten (zie [hoofdstuk 5 Monitoring](#)) met betrekking tot het bevorderen van kennisuitwisseling. Hierbij is het belangrijk dat

verantwoording vanuit vertrouwen centraal staat, de administratiedruk beperkt wordt en dat de resultaten worden gedeeld met zorgorganisaties (gesloten feedback-loop);

- ▶ In samenspraak met hun adviesraden onderzoeken hoe naast evidence-based practice ook practice-based evidence een volwaardige rol kan krijgen in het denken over effectieve interventies.
- ▶ In gesprek zijn met de zorgkantoren over hoe zij kennisimplementatie kunnen stimuleren en faciliteren in de (kwaliteits)afspraken met aanbieders.

Op langere termijn kan dit worden aangevuld met stimulering via pakketbeheer

Als wenkend perspectief, kunnen op **lange termijn, als de kennisinfrastructuur zich verder heeft ontwikkeld**, de volgende rollen passend zijn voor het Zorginstituut, al overstijgt dit voor een deel de kennisinfrastructuur:

- ▶ Inkleuren van het pakket: helderheid bieden over wat is goede zorg en effectieve interventies met input van cliënten en naasten;
- ▶ Stimuleren van de inzet van effectieve interventies via pakketbeheer en inkoop bij zorgkantoren;
- ▶ Universele kennis inbrengen uit andere sectoren.

Afwegingen om dit pas op langere termijn te doen zijn complex

Het inkleuren (beheren) van het pakket is in het huidige situatie nog niet mogelijk, omdat er nog maar tot bepaalde hoogte onderzoek bekend is waarmee het Zorginstituut goed kan bepalen wat effectieve interventies zijn in de langdurige zorg: de instrumenten ontbreken om de effectiviteit van langdurige zorg vast te stellen. Dit vraagt nog gericht onderzoek naar effectieve interventies en manieren waarop deze verder verspreid kunnen worden vanuit maatregelen uit het pakketbeheer. Bovendien is het niet waarschijnlijk dat de daadwerkelijke toepassing van kennis anders wordt als er meer onderzoek wordt gedaan naar effectieve interventies en sturing hierop. In dit onderzoek hebben we immers gezien dat met name de implementatie en zo nodig de-implementatie van kennis een cruciale factor is om kennis al dan niet te laten landen in de praktijk. Inzetten op meer onderzoek naar effectieve interventies dan wel effectieve 'ervaring' helpt alleen als het lukt om deze nieuwe kennis ook goed te delen met en in te zetten in de praktijk.

In het veld is er op dit moment nog weinig draagvlak voor deze rol van het Zorginstituut. Het Zorginstituut kan natuurlijk via haar wettelijke taken hierop inzetten, maar het inzetten van de verkeerde instrumenten kan de werking van kennisinfrastructuur juist belemmeren. Alvorens wordt overgegaan tot scherper pakketbeheer moet dus eerst meer helderheid zijn over mogelijke negatieve neveneffecten hiervan voor de korte- en lange termijnontwikkeling van de sector.