



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

k3nn15 aG3ND4

.....
sp33l met k3nn15
Strategische kennisagenda 2020

k3nn15 aG3ND4

.....
sp33l met k3nn15
Strategische kennisagenda 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	9
<hr/>	
1 Trends	12
1.1 Demografische ontwikkelingen	13
1.2 Epidemiologische ontwikkelingen	14
1.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen	15
1.4 Economische ontwikkelingen	17
1.5 (Medisch-)technologische ontwikkelingen	18
1.6 Politiek-institutionele ontwikkelingen	20
1.7 Specifieke ontwikkelingen op terrein van preventie, zorg en ondersteuning	21
<hr/>	
2 Maatschappelijke doelen: Kennisagenda voor de middellange termijn	26
2.1 Participeren in een veranderende wereld	29
2.2 Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving	32
2.3 Creëren van passend gezondheidslandschap	35
2.4 Kiezen van collectieve prioriteiten	38
<hr/>	
3 Conclusies voor de kennisprogrammering van vws	44
<hr/>	
Bijlage	
Bijlage 1: Lopende kennisactiviteiten	49
Het perspectief van de volksgezondheid	49
Het perspectief van de curatieve zorg	51
Het perspectief van de langdurige zorg	52
Bijlage 2: Relatie tot de onderzoeks- en kennisagenda van de Europese Commissie	55

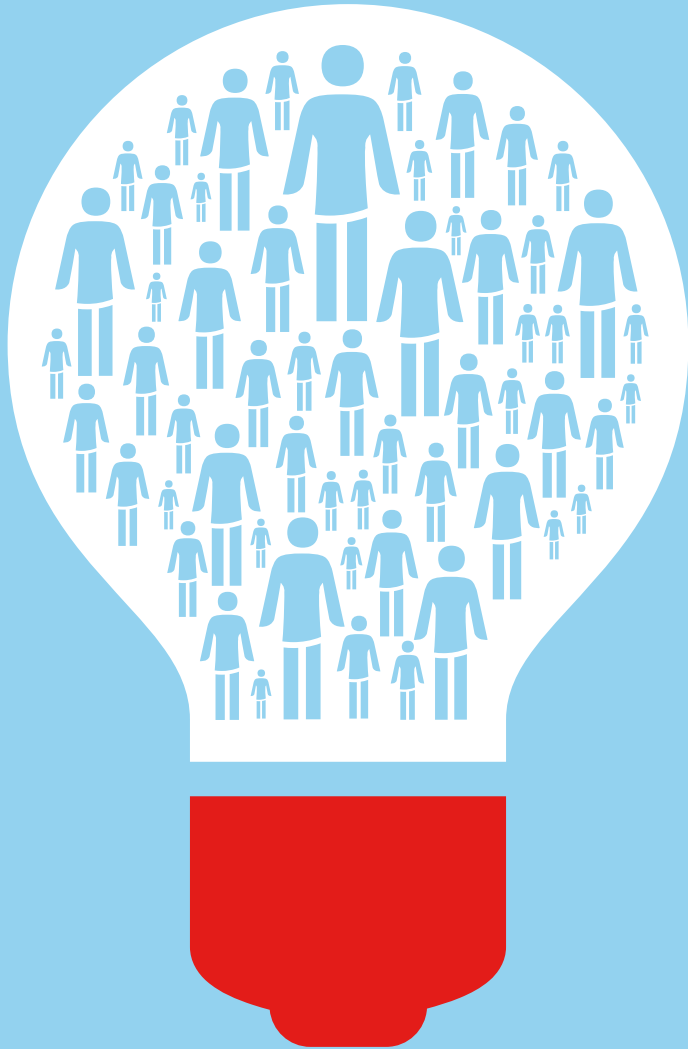
**Zowel de mens als de plant
zijn gevoelig voor licht.**

**Ze gebruiken het echter
op verschillende manieren.**

Kennis is als licht.

**Zowel beleid als praktijk
zijn gevoelig voor kennis.**

**Beleid is echter gevoelig voor
andere kennis dan praktijk.**



Voorwoord

Beste lezer,

Deze kennisagenda geeft een overzicht van de belangrijkste trends en doelen op het terrein van volksgezondheid, zorg en ondersteuning en geeft aan op welke bijbehorende thema's het Ministerie van vws op de middellange termijn kennis wil ontwikkelen.

Dit document bouwt voort op de Maatschappelijke Opgaven uit 2006 en 2009. Naast herijking van trends, doelen en daarmee samenhangende kennisvragen is bekeken in hoeverre dit aansluit bij de reeds uitgezette kennisprogrammering van het Ministerie van het vws. De nieuwe titel 'Strategische kennisagenda 2020' sluit daar bij aan. 'Speel met kennis' geeft daarnaast aan dat het niet alleen moet gaan om kennisprogrammering, maar ook om gebruik van kennis. Kennis vermenigvuldigt zich door te delen. Interactie tussen beleid, onderzoek en praktijk is nodig om kennis ook waardevol te laten zijn.

Met deze agenda brengen we in kaart op welke terreinen wij, samen met andere organisaties, het kennisniveau op een hoger peil willen krijgen. Het dient als input voor de werkprogramma's van de aan vws gelieerde kennisinstellingen¹, de academische component² en het topgebied Life Sciences & Health³. De thema's in deze strategische kennisagenda moeten daarbij verder geoperationaliseerd worden. Dit betekent dat we met elkaar in dialoog zullen blijven. Hiervoor zal vws per thema interactiebijeenkomsten organiseren, waarbij per thema de betrokken beleidsmedewerkers en onderzoekers bij elkaar komen.

Ik hoop dat deze kennisagenda voor u een bron van inspiratie is in uw werk bij vws, in onderzoek of in praktijk en zie uit naar een waardevolle dialoog over de kennis die nodig is voor ons boeiende beleidsterrein.

Namens de Bestuursraad,
Geert van Maanen
Secretaris-generaal

1. Zoals SCP, ZonMW, RIVM, GR, RVZ, NIVEL

2. Academische component: Begin 2012 zal de NFU haar meerjarenprogramma presenteren

3. Topgebied Life Sciences & Health: Begin 2012 zal een innovatiecontract voor deze sector verschijnen.



tr3nd5.

1 Trends

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste recente maatschappelijke ontwikkelingen beschreven. Tot welke doelen dit leidt voor het domein van de volksgezondheid, zorg en ondersteuning staat in hoofdstuk 2 beschreven. Voor het beschrijven van de ontwikkelingen is gebruik gemaakt van de Rijksbrede kennisagenda⁴ en de KNAW Wetenschapsagenda⁵, alsmede van uitgebreidere trendstudies, zoals analyses van het RIVM⁶, SCP⁷, CBS⁸ en CPB⁹.

De vraag is of deze ontwikkelingen in de toekomst ook zullen doorzetten. Het is immers niet vanzelfsprekend dat ontwikkelingen zich in hetzelfde tempo en in dezelfde richting zullen voortzetten. Zoals de WRR in haar publicatie 'Uit zicht' zegt: "De toekomst is open, niet leeg"¹⁰. Enerzijds ligt de richting van ontwikkelingen vast in historische patronen. Anderzijds zijn veel ontwikkelingen – en zeker de samenloop van ontwikkelingen – onzeker. Ook in de toekomst zullen zich gebeurtenissen en ontwikkelingen voordoen die we nu niet kunnen voorzien.

De criteria voor selectie van de ontwikkelingen zijn:

- Relevantie voor de middellange termijn
- Potentiële impact op het gebied van volksgezondheid, zorg en ondersteuning
- Mate van autonomie en mogelijke interferentie met andere ontwikkelingen

‘De toekomst is open, niet leeg.’

4. Strategieeraad Rijksbreed: Rijksbrede kennisagenda Fase 1 Trends & Ontwikkelingen (2010)

5. KNAW: De Nederlandse wetenschapsagenda (2011)

6. RIVM: VTV 2010: van gezond naar beter (2010)

7. SCP: De sociale staat van Nederland (2009)

8. CBS: www.cbs.nl

9. CPB: Economische verkenning 2011-2015 (2010)

10. WRR. Uit zicht: toekomstverkennen met beleid (2010)

1.1 Demografische ontwikkelingen

Groeiend aantal oudere ouderen en kleinere beroepsbevolking

Rond 2040 bereikt de vergrijzing haar hoogtepunt. Het aantal ouderen ten opzichte van het aantal 20-65 jarigen zal dan zijn toegenomen tot 43% (ten opzichte van 15% nu). Dit komt door de geboortegolf na de oorlog, maar ook omdat ouderen steeds ouder worden. Deze uitstroom van werkenden uit de arbeidspopulatie zal de economische groei beïnvloeden en een groter beroep doen op een duurzame inzet van bestaand arbeidspotentieel. De samenstelling van de groep ouderen verandert wel. Ze zijn langer vitaal dan enkele decennia geleden en ze worden gemiddeld ouder. Dit betekent enerzijds veelal uitstel van zorgkosten en anderzijds een toename van oudere mantelzorgers.

Meer eenpersoonshuishoudens

Ons land telt nu vier keer zoveel eenpersoonshuishoudens als in 1970. Deze toename kan verklaard worden door 'op kamers wonen' van jongeren, scheidingen op middelbare leeftijd en toename van aantal verweduwdens. Voor deze groep is mantelzorg niet in huis beschikbaar.

Grotere regionale verschillen

Hoewel de Nederlandse bevolking als totaliteit blijft groeien, zijn er grote regionale verschillen te verwachten. Geschat wordt dat de komende twintig jaar de bevolking in grote steden zal toenemen. Delen van Limburg, Groningen en Zeeland krijgen naar verwachting te maken met aanzienlijke bevolkingsdaling (krimp). Grote steden krijgen minder te maken met vergrijzing; verkleuring daarentegen treedt juist wel in grote steden op. Zo is in Amsterdam en Rotterdam circa 55% van de jongeren van niet-westerse afkomst. Buiten de grote steden ligt dit tussen de 5% en 20%. Daarnaast is het opleidingsniveau in grote steden vaak lager.

1.2 Epidemiologische ontwikkelingen

Toename infectiedruk

Hoewel infectieziekten in ons land een minder groot probleem zijn, is waakzaamheid geboden. Nederland is geen eiland en met het sterk toegenomen verkeer met andere landen kunnen infectieziekten zich snel over de wereld verspreiden.

Ook de steeds intensievere contacten tussen mens en dier maakt alertheid op zoönosen groter. Klassieke maatregelen als persoonlijke hygiëne en isolatie van besmettingen blijven hun waarde houden. De toenemende antibioticaresistentie en de dynamiek in de discussies rond vaccinaties stellen ons voor nieuwe vragen.

Betere overleving acute ziekten

Een aantal ziekten komen op latere leeftijd voor en leiden vaak tot een acute zorgvraag (o.a. hart- en vaatziekten en beroertes). Dit leidde in het verleden veelal tot vroegtijdige sterfte. Deze ziekten worden met name veroorzaakt door roken, bewegingsarmoede en ongezonde voedingsgewoonten. Ook kanker is een ziekte waar men voorheen snel aan doodging. Door de medische vooruitgang zijn deze ziekten steeds beter te behandelen en sterven minder mensen aan deze ziekten. Dit geldt ook voor kinderen die genezen van ziekten (zoals kanker) waaraan ze vroeger overleden zouden zijn. Op volwassen leeftijd kunnen zij echter last krijgen van de late gevolgen van de ziekte of de behandeling ervan.

Toename chronische ziekten

Een aantal ziekten, zoals diabetes en COPD, komen op steeds jongere leeftijd voor. Veranderingen in leefstijl spelen hier een rol. Zo heeft reeds 1 op de 5 kinderen een chronische aandoening. Op latere leeftijd zien we met name dementie als chronische aandoening stijgen. Deze chronische ziekten reduceren met name de kwaliteit van leven. Per jaar is deze ziektelast veelal beperkt, maar cumulatief kan gesproken worden over ziekten met een hoge ziektelast. Het aantal mensen met een chronische aandoening zal naar verwachting toenemen. Ook komt het steeds vaker voor dat mensen meer ziekten en aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Deze multimorbiditeit neemt toe met de leeftijd en mede door het groeiend aantal ouderen zal het aantal mensen met meerdere aandoeningen toenemen. Dit hoeft echter niet te leiden tot meer beperkingen of lagere ervaren gezondheid. Door een mix van technische ondersteuning, inzet van eigen kracht en eigen netwerk kunnen belemmeringen voor maatschappelijke participatie beperkt worden.

Minder aandacht voor zeldzame ziekten

Door toegenomen genetische kennis zal het aantal diagnoses van zeldzame ziekten toenemen, maar vermoedelijk niet tot snelle en effectieve behandeling leiden. De investeringen voor deze veelal kleine groepen zijn hoog (waar voor chronische aandoeningen de afzetmarkt voor producten groter is). Ziekten die minder voorkomen – maar in totaliteit ook een grote groep mensen treffen – krijgen daarom veelal minder aandacht in de kennisontwikkeling.

1.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Andere rol van kennis

De informatisering heeft gezorgd voor een andere rol van kennis en gezag van overheid en wetenschap. Hier ligt een aantal fenomenen onder:

- Digitalisering – downloaden: de toegang tot kennis is groter dan ooit. De verspreiding van informatie is veelal ook sneller en vluchtiger. De grote hoeveelheid maakt weging ervan moeilijk en leidt tot onzekerheid.
- Digitalisering – uploaden: het is zeer gemakkelijk om deel te nemen aan het publieke debat en al dan niet anoniem je mening te geven.
- Meer media: zij hebben onderwerpen nodig en lichten incidenten vaak uit. Daarbij zetten ze soms vraagtekens bij de rol van de wetenschap en de overheid.
- Andere media: door de opkomst van sociale media ontstaan virtuele netwerken en is onderlinge beïnvloeding sterk toegenomen. Met name jongeren maken veelvuldig gebruik van de mogelijkheden die ‘nieuwe’ media te bieden heeft.

Door deze informatisering is het natuurlijke gezag van de overheid en de wetenschap afgenomen en kan iedere afzender gezag krijgen, soms ongeacht wetenschappelijke basis. Het is voor de overheid en kennisinstellingen dan ook belangrijk om op de juiste media en met de juiste toon en betrokkenheid aan de discussies deel te nemen.

Toegenomen mondigheid van burgers

Er is een toenemende behoefte om aanspraak te maken. Zo wil men extra onderzoeken voor meer zekerheid en toegang tot de nieuwste voorzieningen en behandelmethodes. De toename van de welvaart heeft ertoe geleid dat de burgers risico averser zijn geworden. Mede hierdoor neemt de roep om absolute veiligheid toe. Om tegemoet te komen aan de wensen van de mondige burger neemt de roep om standaardisatie en transparantie toe. Wat mag ik verwachten? Krijg ik dat ook? Keerzijde is verzet tegen ondermijning van de professionaliteit en verzet tegen de toenemende bureaucratie.

Nieuwe socialisatiemechanismen

De individualisering heeft ervoor gezorgd dat traditionele kaders van sociale klasse en zuil zijn verdwenen. Hier zijn nieuwe meer horizontaal georiënteerde netwerken (op basis van opleiding en sociaal-culturele voorkeuren) voor terug gekomen. Aan de ene kant zorgt de individualisering zo voor nieuwe uitsluitingsmechanismen en vindt polarisatie via nieuwe scheidslijnen plaats. Aan de andere kant voedt de individualisering en afnemende sociale druk de onzekerheid of juiste keuzes worden gemaakt. Dit gevoel van onzekerheid voedt op zijn beurt een cultuur van zekerheid zoeken.

Cumulatie van ongezondheid

Diverse risicofactoren voor gezondheidsschade, zoals roken, bewegingsarmoede en overgewicht, komen vaker voor bij laag opgeleiden dan bij hoog opgeleiden. Ook diverse aandoeningen, zoals diabetes, komen vaker voor bij laag opgeleiden. Dit kan nadelige effecten hebben voor school- en werkprestaties, waarvoor aanvullende voorzieningen nodig zijn. Dit werkt ook omgekeerd: personen die niet mee kunnen komen in de maatschappij zijn gebaat bij een diagnose. Daarmee kunnen ze dan aanspraak maken op speciale regelingen voor bijvoorbeeld onderwijs of werk.

**‘De informatisering heeft
gezorgd voor een andere rol
van kennis en gezag van
overheid en wetenschap.’**

1.4 Economische ontwikkelingen

Toename welvaart

Nederland behoort tot een van de rijkste landen van de wereld en het voorzieningen niveau is ook navenant. Driekwart van het particulier vermogen is in handen van de vijftigplussers en hun inkomen en koopkracht ligt beduidend hoger dan die van jongeren. Dit geld wordt niet meer gespaard voor de erfenis, maar uitgegeven. Sinds 2000 wordt er door deze leeftijdsgroep gemiddeld méér uitgegeven dan er jaarlijks binnenkomt. Daarnaast is er ook een toename waar te nemen in het bestedingspatroon bij jongeren, met name door toename in het gebruik van smartphones. Dit leidt al vroeg in het leven tot schulden.

Krappere overheidsfinanciën

De rijksoverheid moet flink bezuinigen. Drie belangrijke achterliggende oorzaken zijn:

- Door de vergrijzing stijgen de komende jaren uitgaven aan AOW en (ouderen)zorg fors.
- Door uitstroom van werkenden uit de arbeidspopulatie is een duurzame inzet van bestaand arbeidspotentieel nodig om eenzelfde economische groei te behalen.
- De economische crisis heeft bovendien een gat geslagen in de overheidsfinanciën: terwijl de overheidsuitgaven meer stegen dan verwacht (o.a. door een toename van uitkeringen), daalden de belastinginkomsten fors. De economische ontwikkeling is onzeker en zal naar verwachting onvoldoende zijn om dit 'gat' te dichten.

Meer regulering financiële sector

De financiële crisis van 2008 heeft enerzijds de behoefte aan meer en betere regulering van de financiële sector versterkt. Er zijn extra solvabiliteitseisen gesteld aan financiële instellingen, zoals (zorg)verzekeraars en banken. Zij vertalen dit weer door naar hogere premies. Anderzijds is er sprake van een veel bredere financiële problematiek: schulden moeten worden afgebouwd en dit trekt voor langere tijd een wissel op de economische groei, vooral in de Westerse landen.

De afnemende vraag naar kapitaal zorgt er – samen met het op termijn toenemen van het aanbod door de pensionering van de babyboomers – voor dat de 'prijs' van kapitaal gaat dalen.

1.5 (Medisch-)technologische ontwikkelingen

Medisch-technologische ontwikkelingen zorgen voor extra uitgaven en extra gezondheidswinst. Ze leiden ook tot ethische gezondheidszorgvragen o.a. op het gebied van de privacy.

Hoge verwachtingen GRIN-technologieën

GRIN staat daarbij voor Genomics (& biotechnologie), Robotica, Informatie & Communicatie Technologie, Imaging en Nanotechnologie.

- Genomics (kennis over de genen) en biotechnologie (o.a. systeembioïologie, stamceltechnologie) zorgen voor grote veranderingen. Door de koppeling van biobanken komt veel informatie beschikbaar op zowel ziekteniveau als populatieniveau. Daarnaast maken de ontwikkelingen in de biotechnologie het mogelijk om precieze diagnostiek te verrichten en risicoprofielen te maken. Iedereen heeft wel een verhoogd risico op iets. Gevoegd bij de toenemende mogelijkheden voor vroegdiagnostiek is de kans groot dat er in de toekomst geen gezonde mensen meer bestaan, maar alleen nog maar ondergediagnosticeerden. Deze kunnen dan wel een behandeling krijgen die aansluit bij de persoonlijke kenmerken. Biotechnologie speelt namelijk ook een belangrijke rol in de ontwikkeling van 'personalised medicine', waarbij medicatie op het individu is afgestemd. Daarnaast speelt biotechnologie een rol op het gebied van de regeneratieve geneeskunde en de ontwikkeling van alternatieven voor dierproeven.
- Robotica wordt met name ingezet ter ondersteuning van invasieve ingrepen en revalidatie. Het draagt ook bij aan de verbeterde logistiek in ziekenhuizen. Met name de minimaal invasieve chirurgie is momenteel sterk in ontwikkeling. Wanneer de robotica wordt gebruikt voor de verhoging van de zelfredzaamheid in huis wordt het domotica genoemd. De huidige inzet van domotica (bijvoorbeeld in de ouderenzorg) blijft achter bij de verwachting, maar zal de komende jaren toenemen.
- Informatie- en communicatie technologie wordt vooral ingezet ter ondersteuning van de persoonlijke en professionele data-ontsluiting en voor monitoring en behandelingen op afstand. Daarnaast wordt ICT ingezet in de communicatie. Denk daarbij aan de diverse e-health toepassingen in de geestelijke gezondheidszorg. Maar ook aan combinaties van robotica en ICT.
- Imagingtechnieken (zoals echografie, röntgenfoto's, CT scan, MRI en PET scan) heeft de laatste jaren een grote vlucht genomen en verdient een eigenstandige plek in het rijtje technologieën waar men hoge verwachtingen van heeft. Met name in de diagnostiek en in combinatie met robotica en ICT staan de ontwikkelingen nog niet stil.

- Nanotechnologie kan overal in worden toegepast. Het onderzoek in de farmacie spitst zich vooral toe op het gericht bezorgen van medicatie op die plekken in het lichaam waar deze het meest werkzaam is. Daarnaast biedt het mogelijkheden voor vroegdiagnostiek die zelf thuis kan worden uitgevoerd, omdat hele laboratoria op een chip kunnen worden gezet. Nanotechnologie wordt daarnaast ook toegepast in consumentenproducten. Over de mogelijke risico's daarvan en de manier om de veiligheid te testen wordt wereldwijd gediscussieerd.

Uitontwikkeling klassiek chemisch model voor geneesmiddelen

Tegenover de ontwikkelingen van GRIN-technologie staat een wereldwijde afname in de productiviteit van R&D voor nieuwe geneesmiddelen. In de afgelopen jaren is het voor onderzoeksafdelingen van innovatieve farmaceutische bedrijven steeds moeilijker geworden om nieuwe medicijnen te vinden én om deze geregistreerd te krijgen. Dit laatste komt o.a. door de beperkte toegevoegde waarde ten opzicht van reeds beschikbare medicijnen of door de negatieve bijwerkingen die tijdens klinische testen aan het licht zijn gekomen. Door investeringen in biotechnologie hoopt men de pijplijn voor geneesmiddelen weer te kunnen laten groeien.

‘Medisch-technologische ontwikkelingen zorgen voor extra uitgaven en extra gezondheidswinst.’

1.6 Politiek-institutionele ontwikkelingen

Toenemende Europese regelgeving

Al een geruime tijd heeft regelgeving uit Europa een effect op Nederlandse wetgeving en haar zorgstelsel. Dit speelt met name op het gebied van voedselveiligheid en productveiligheid. Europeanisering van de zorg is de laatste jaren ook steeds meer aan de orde (denk aan de reeks Hofuitspraken over grensoverschrijdende zorg en over mededinging en staatssteun zaken) en zal naar verwachting intensiever worden. Zo is de EU een eigen denktank over stelselontwikkelingen in de zorg gestart.

Toenemende decentralisatie naar private partijen

Onder invloed van de New Public Management gedachte zijn sinds de jaren '80 veel overheidstaken overgelaten aan private partijen. Dit betekent meer en andere regels. De PTT en de Spoorwegen zijn de bekendste voorbeelden. In de curatieve zorg wordt de regie verwacht van private verzekeraars.

Toenemende decentralisatie naar gemeenten

Waar het kan wordt beleid op regionaal en lokaal niveau uitgevoerd. Hiermee wil men beter aansluiten bij de lokale situatie. Voor de publieke gezondheid en maatschappelijke ondersteuning is dit reeds geformaliseerd en wordt het verder uitgebreid, gegeven het voornemen om begeleiding en jeugdzorg eveneens naar gemeenten over te hevelen.

Toegenomen nationale regelgeving

Door behoefte aan grip op de realisatie van doelstellingen en het inperken van de risico's wordt steeds meer in regelgeving vastgelegd en wordt de roep om toezicht en handhaving groter. Dit wordt versterkt door de aandacht voor incidenten en het algemeen heersende gevoel dat niets meer fout mag gaan. Dit geeft soms spanning met ruimte die je juist aan lokaal niveau of private partijen wilt geven.

Afnemende loyaliteit van de kiezer

De individualisering heeft er ook toe geleid dat de kiezer zich meer als consument is gaan gedragen en elke verkiezing opnieuw bekijkt welke partij het beste bij zijn behoeften van dat moment past. Fragmentatie, detraditionalisering en de-institutionalisering zijn het gevolg. Traditionele partijen hebben veel stemmen verloren en met de opkomst van nieuwe partijen wordt het smeden van coalities

steeds belangrijker. In het langetermijnbeleid is het dan ook steeds belangrijker opties open te houden voor specifieke politieke doelen.

Veranderende waardepatronen omtrent gezondheid

De burger vindt gezondheid steeds belangrijker. De stijging van gezondheid als belangrijke waarde dateert al vanaf de jaren zestig, maar stuurt steeds meer. Burgers willen niet bezuinigen op zorg; gezondheid staat inmiddels heel hoog op de lijst van maatschappelijke en individuele waarden. Omdat dit grotendeels collectief wordt bekostigd staat het onderwerp in grote politieke belangstelling.

1.7 Specifieke ontwikkelingen op terrein van preventie, zorg en ondersteuning

Verschuivingen in definitie van gezondheid en ziekte

In de afgelopen decennia is de definitie van ziekte en gezondheid veranderd:

- Ziekte-definities zijn opgerekt en nieuwe ziektes zijn gedefinieerd als gevolg van grote demografische, sociaal-culturele en epidemiologische verschuivingen van risico-factoren (bijvoorbeeld obesitas). Daarnaast kunnen ziekten in een steeds vroeger stadium gediagnosticeerd worden en verschuiven afkappunten voor behandeling omdat betere medicatie beschikbaar is. Ook ons voedsel kent steeds meer gezondheidsclaims.
- Gezondheid is een meer dynamisch en multidimensionaal begrip geworden.¹¹ Zo is de levensverwachting zonder chronische ziekten afgenomen, maar stijgt de levensverwachting in goede ervaren gezondheid. Ook uit ander onderzoek blijkt dat mensen die relatief laag scoren op fysiek functioneren toch hoog kunnen scoren wat betreft sociaal welbevinden en participatie. De wisselwerking tussen geestelijke en lichamelijke gezondheid speelt daarbij ook een rol.

‘Gezondheid is een dynamisch en multidimensioneel begrip.’

11. BMJ 2011; 343:d4163

Verschuivingen in doelen van gezondheidsbeleid

In de afgelopen decennia is een verschuiving waar te nemen in de doelen van gezondheidsbeleid. Waar voor de oorlog de mogelijkheden van de geneeskunde nog beperkt waren en de meeste winst te halen was bij gezondheidsbescherming (m.n. tegen infectieziekten) is na de oorlog de focus ook komen te liggen op de genezing van ziekten. De laatste jaren worden – naar aandacht voor infectieziekten en genezing – steeds meer aandacht besteed aan de mogelijkheden om maatschappelijke participatie en meedoen naar vermogen te stimuleren.

Groeiende zorgconsumptie

Wij geven steeds meer uit aan zorg. In 1970 waren de collectieve uitgaven 3% van het nationaal inkomen (BBP). Nu is dat ongeveer 10%. Willen we de verwachte groei accommoderen, dan zal het deel van ons nationaal inkomen dat we aan zorg uitgeven in de komende 30 jaar moeten verdubbelen. De discussie over solidariteit zal derhalve toenemen. Ook de vraag naar zorgpersoneel stijgt. Tussen 2000 en 2010 is de hoeveelheid werknemers in de zorg en welzijnssector toegenomen met 35%. Verwacht wordt dat de vraag naar zorgpersoneel ook in de toekomst blijft stijgen. In 2025-2030 zijn er (als deze stijging zich voortzet) meer dan 400.000 extra medewerkers nodig ten opzichte van de huidige hoeveelheid personeel.

‘Groeiende zorgconsumptie zal discussie over solidariteit beïnvloeden.’

Toenemende overdrachten

Twee fenomenen dragen hieraan bij:

- Verschuiving in werk-privé balans. De professional die altijd voor je klaar staat is verleden tijd. In de verplegende en verzorgende beroepsgroepen is, mede door het grote aandeel vrouwen (80%), men al gewoon de hulpverlening aan elkaar over te dragen. In de medisch specialistische zorg wordt dit ook noodzakelijk, mede omdat artsen gemiddeld korter gaan werken.
- Meer specialisatie. Door toenemende kennis van ziekten en gezondheid vindt verdere specialisatie plaats en zijn vaak meerdere disciplines betrokken bij één cliënt. De interventies moeten echter wel op elkaar worden afgestemd. Ook dat betekent meer overdracht.

Veranderend aanbod van preventie, (jeugd)zorg en ondersteuning

Hierbij zijn drie ontwikkelingen waar te nemen:

- Waar in het verleden de nadruk lag op accommoderen van nieuwe mogelijkheden en bevorderen van de toegang tot zorg en ondersteuning is nu een kanteling waar te nemen. Ingezet wordt op uitstel van de zorgvraag en zo licht mogelijke zorgverlening dichtbij de burger (o.a. door preventie, zelfmanagement, substitutie tussen 2^e en 1^e lijn en taakherschikking). Maar ook door te differentiëren naar groepen en aan te sluiten bij de mogelijkheden en behoeften van personen.
- Daarnaast is er een verschuiving waarneembaar in de wijze waarop het recht op gezondheid wordt vormgegeven. Waar dit in het verleden werd vertaald in een recht op een voorziening wordt het tegenwoordig vertaald in een plicht van bijvoorbeeld gemeenten om mensen te compenseren voor de belemmeringen die ze ondervinden bij deelname aan de samenleving.
- Tot slot wordt steeds meer geprobeerd om de traditionele indeling in sectoren met elkaar te verbinden en barrières te slechten. Temeer omdat burgers vaak met meerdere sectoren (openbare gezondheidszorg, curatieve gezondheidszorg, langdurige zorg, maatschappelijke zorg, jeugdzorg) te maken hebben. Dit leidt tot een continue verschuiving tussen domeinen en veranderingen in de aansturing. Hierdoor zijn rollen en verantwoordelijkheden niet altijd helder.



do3|3n.

2 Maatschappelijke doelen: Kennisagenda voor de middellange termijn

In het vorige hoofdstuk zijn de belangrijkste recente en verwachte toekomstige ontwikkelingen in zijn algemeenheid beschreven. De vraag is natuurlijk of deze ontwikkelingen in de toekomst ook daadwerkelijk zullen doorzetten en op welke actoren ze het meeste effect zullen hebben. Raken ze bepaalde groepen meer en andere minder? En wat betekent dat voor onze beleidsvoorbereiding en de uitvoering?

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen per invalshoek vertaald naar maatschappelijke doelen die we op de lange termijn nastreven. Het is aan beleid, wetenschap en praktijk om responsief te zijn op deze doelen. Door vanuit vier verschillende invalshoeken naar de ontwikkelingen te kijken worden andere maatschappelijke doelen zichtbaar.

De vier gehanteerde invalshoeken zijn:

- **Persoonlijk perspectief**

De burger in zijn rol als (potentiële) zorgvrager of hij nu kind, volwassene of oudere is. Maar ook in zijn rol als consument, premiebetaler en mantelzorger.

- **Vakinhoudelijk perspectief**

Individuele zorgverleners zoals verzorgenden, verplegenden, paramedici, medici, jeugdhulpverleners, welzijnsmedewerkers, etc.

- **Organisatorisch perspectief**

Bestuurders van veldpartijen, zoals GGD'en, centra voor jeugd en gezin, gezondheidscentra, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, jeugdzorg, welzijnswerk, zorgverzekeraars, industrie, patiëntenorganisaties, (sport) verenigingen, scholen, etc.

- **Maatschappelijk perspectief**

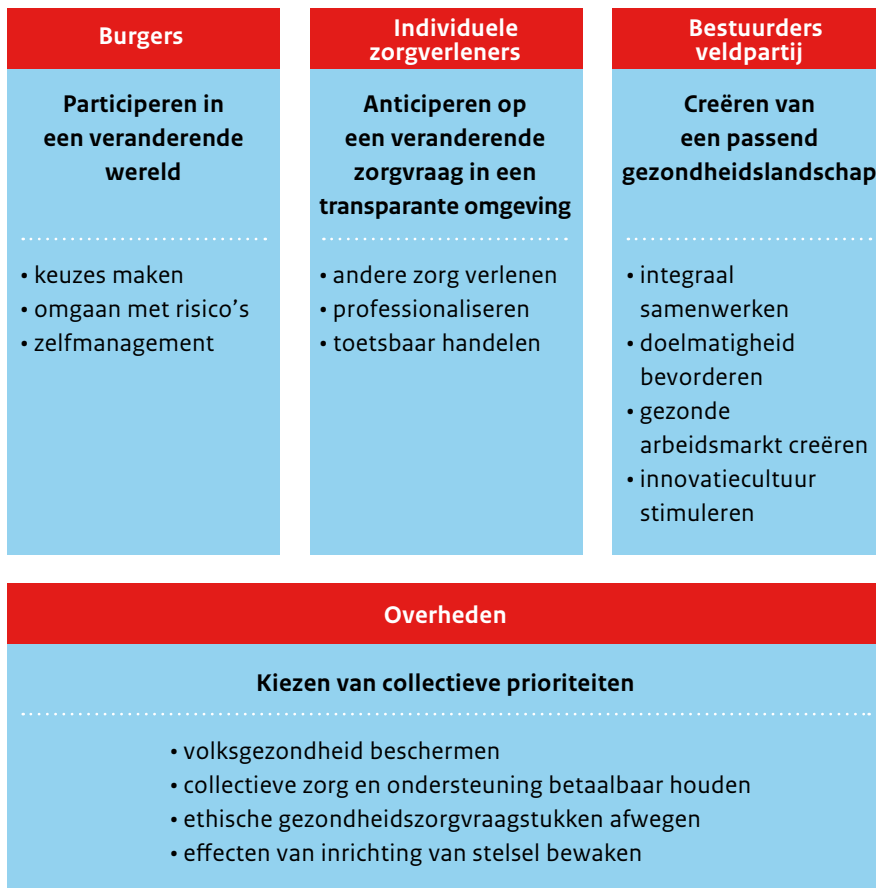
Rijksoverheid (o.a. vws, OCW, EL&I) en gemeenten.

Per invalshoek is één overkoepelend maatschappelijk doel benoemd. Per doel zijn enkele thema's benoemd die de komende periode een belangrijke rol spelen. Tevens is gekeken welke kennisvragen daarbij relevant zijn. Zoals in de inleiding reeds aangegeven is voor een verdere operationalisatie interactie nodig tussen beleid en onderzoek. Daarbij is een verdere uitsplitsing aan de hand van de beleidscyclus (agendering, beleidsontwikkeling, uitvoering en monitoring) nodig. De scheidslijnen tussen deze fasen van de beleidscyclus zijn natuurlijk niet helder te stellen, maar elke fase vraagt om andere kennis. De indeling maakt ons daarvan bewust.

De thema's en bijbehorende kennisvragen zoals ze per perspectief in dit hoofdstuk zijn opgenomen vormen de kennisagenda voor de middellange termijn voor het Ministerie van vws. De doelen en thema's dienen ter inspiratie voor wetenschap, beleid en praktijk bij het vormgeven van hun activiteiten.

Het Ministerie van vws heeft voor zichzelf geanalyseerd in hoeverre zij reeds onderzoek naar deze thema's stimuleert. Deze analyse is in bijlage 1 te vinden. Daarnaast zijn de doelen niet uniek voor Nederland. Het is van belang om deze kennisagenda te verbinden met internationale kennis en innovatieclusters en nationale programma's en instrumenten zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de internationale programmering. In bijlage 2 is deze kennisagenda vergeleken met de internationale onderzoeksagenda op het gebied van preventie, zorg en ondersteuning.

‘De scheidslijnen tussen de fasen van de beleidscyclus zijn natuurlijk niet helder te stellen, maar elke fase vraagt om andere kennis.’



Figuur 1: Nederland gezond en wel: doelen en kennisthema's



2.1 Participeren in een veranderende wereld

De trends voor de burger

In het algemeen wordt de burger (premiebetaler, consument, mantelzorger, (potentiële) zorgvrager) ouder, is hij vaker alleenwonend, heeft hij één of meer chronische aandoeningen, bevindt hij zich in een bepaalde sociaal economische klasse met bijbehorend risicoprofiel op ongezondheid en is hij, gevoed door tv en internet mondiger geworden en moet hij steeds meer belasting en premies aan zorg betalen. In die hoedanigheid wordt hij naast hogere uitgaven aan zorg geconfronteerd met steeds groter wordende mogelijkheden van de (medische) technologie.

Het doel voor de burger

Doel voor mensen is om zo lang mogelijk mee te doen in de samenleving. Fysiek en mentaal gezond ouder worden in een gezonde omgeving. Dat begint al bij de jeugd: weerbaar zijn om weerstand te bieden aan verleidingen en bewust worden van de risico's van bepaald gedrag. Wanneer beperkingen optreden volgt de fase van accepteren dat niet meer alles kan, maar nog wel heel veel. Zo blijkt verloop van het herstel voor 50% afhankelijk van het zelfhulpvermogen van patiënten. Informatie en technologie kunnen daarbij helpen. Randvoorwaarde is dat mensen dat kunnen en willen. Het gaat daarbij zowel om kennis als om vaardigheden.

‘Doel voor mensen is zo lang mogelijk meedoen in de samenleving.’

Kennisthema's

Voor de komende periode spelen voor burgers de volgende thema's:

- **Keuzes maken**

Dit betreft zowel eigen verantwoordelijkheid voor leefstijl alsmede keuzes voor zorgverzekeraar, hulpverlener en behandelopties. Momenteel wordt door vws met name veel geïnvesteerd op het gebied van zichtbaar maken van beschikbare informatie. Dit geldt zowel voor informatie rond gezond gedrag als voor informatie rond diagnose en behandeling. Hierbij wordt nog sterk geleund op rationele kennisoverdracht gericht op de hele bevolking. Er is nog weinig aandacht voor een gesegmenteerde aanpak naar type consumenten (naar leeftijd, niveau van geletterdheid en naar copingstijl). Ook de kennis van de sociale psychologie en gedragseconomie en het gebruik van keuzehulpen kunnen nog een impuls geven aan dit thema. Deze specialismen spelen een belangrijke rol bij het weerbaar maken, eigen verantwoordelijkheid nemen, gezonde keuzes makkelijk maken en positief verleiden.

Kennisvragen die met het thema *keuzes maken* samenhangen zijn:

- In hoeverre kunnen en willen mensen kiezen?
- Wat hebben groepen mensen (jeugd/ ouderen; hoog-/laaggeletterden) nodig om te kiezen op gebied van leefstijl, verzekering en zorgverlening?
- Welke (mix van) instrumenten is daarbij effectief voor welke doelgroep?
- Wat betekent het voor professionals wanneer burgers zelf regie nemen en (onwijze) keuzes maken?
- Welk effect heeft welke informatie op mensen?

- **Omgaan met risico's**

Leren omgaan met risico's betekent onzekerheid aanvaarden. De mate waarin men zelf invloed heeft en de termijn waarop effecten optreden spelen daarbij een rol. Op het gebied van gezondheid betreft het aan de ene kant weerstand bieden tegen verleidingen (zoals roken, inactiviteit, gebruik van zelftest) en aan de andere kant afwegingen samenhangend met diagnostiek en behandeling (bv wat betekent nog een extra test; wat zijn neveneffecten van narcose). Vooralsnog is het adagium 'Better save than sorry' en verwacht de burger dat risico's beperkt worden zonder dat de bewegingsvrijheid van het individu wordt aangetast. Ook hier wordt met name ingezet op het zichtbaar maken van beschikbare informatie en is er nog weinig aandacht voor een gesegmenteerde aanpak naar type consumenten en inzet van de kennis uit de sociale psychologie en gedragseconomie.

Kennisvragen die met het thema *omgaan met risico's* samenhangen zijn:

- Hoe duiden mensen bestaande of nieuwe risico's? Zijn daarbij verschillen naar doelgroep (jeugd/ ouderen; hoog-/laaggeletterden)?
 - Waar ligt de grens van collectieve verantwoordelijkheid van de overheid?
 - In hoeverre mogen derden (overheid, professional) het risicogedrag bij de burger beïnvloeden?
 - Welke invloed hebben incidenten?
- **Zelfmanagement**

Zelf verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en omgaan met aandoeningen, daarbij vertrouwend op eigen kracht, is belangrijk om te kunnen meedoen in de maatschappij. Om dit te vergroten moet worden stilgestaan bij het effect dat de omgeving heeft op een individu, de inzet van 'verleidende' technologie, op het vergroten van de weerbaarheid tegen 'ongezonde' verleidingen en op copinggedrag bij tegenslagen. Maar ook aan de coachende houding van professionals en de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers om zo de eigen kracht van mensen en hun netwerk te versterken. Binnen dit onderwerp is er nog beperkt aandacht voor specifieke doelgroepen (naar leeftijd, niveau van geletterdheid en naar copingstijl). Ook de grens tussen de autonomie van het individu en de deskundigheid van de professional krijgt beperkt aandacht.

Dit speelt niet alleen in het publieke debat, maar ook in de spreekkamer, waar de mondige burger aan ene kant om verdergaande diagnostiek en behandeling vraagt (wat kan dat moet) en aan de andere kant soms andere keuzes maakt waarbij genezing en levensverlenging niet het doel is.

Kennisvragen die met het thema *zelfmanagement* samenhangen zijn:

- Wat zijn determinanten van zelfredzaamheid en in welke mate zijn mensen bereid en in staat tot zelfmanagement? Zijn daarbij verschillen naar groepen (jeugd/ ouderen; hoog-/laag-geletterden)?
- Hoe stimuleer je zelfmanagement (bevorder je gezonde leefstijl en juist gebruik genees- en hulpmiddelen)? Zijn daarbij verschillen naar groepen (jeugd/ ouderen; hoog-/laaggeletterden)?
- Waar ligt de grens van de professional bij toenemende vraag naar diagnostiek?
- Welke plichten zijn naast het recht op zorg vanzelfsprekend?
- Welke beleidsterreinen (onderwijs, ruimtelijke ordening, landbouw, etc) kunnen helpen om een gezonde basis te creëren?

2.2 Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving



De trends voor individuele zorgverleners

In zijn algemeenheid heeft de individuele zorgverlener (verzorgende, verplegende, paramedicus, medicus, etc.) te maken met een groeiend aantal oudere ouderen; met betere overleving van acute ziekten en meer chronische aandoeningen; met toegenomen mondigheid van de zorgvrager en een toenemende roep om standaardisatie en transparantie; en met meer medisch technologische mogelijkheden die zowel de behandeling als ook de eigen werkomgeving beïnvloeden.

Het doel voor individuele zorgverleners

Doel is op deze trends te anticiperen door goede zorg en ondersteuning te bieden en open te zijn over de te verwachte en behaalde resultaten. Dit vraagt om maatwerk en onderscheid in fasen en doelgroepen. Mensen hebben veelal andere wensen in de onzekere fase van diagnostiek dan in de fase waarin ziekte en beperkingen zijn geaccepteerd. In de ene fase wil men graag dat alles op alles wordt gezet voor een maximaal resultaat. In de andere fase speelt kwaliteit van leven een zeker zo belangrijk rol als lengte van leven. Daarnaast zijn er persoonlijke verschillen en zullen ook regionale verschillen geacommodeerd moeten worden. Divers aanbod, taakherschikking en inzet van kosten- en arbeidsbesparende technologie horen daarbij. Het betekent ook andere verhoudingen tussen professionals onderling en tussen professional en zorgvrager.

Kennisthema's

Voor de komende periode spelen voor zorgverleners de volgende thema's:

- **Andere zorg verlenen**

Door de verschuivingen in ziektepatronen, de nadruk op participatie en de toegenomen mondigheid van de burger is andere zorg en ondersteuning nodig. Lag de nadruk in het verleden op genezing, tegenwoordig ligt de nadruk op begeleiding van de chronisch zieke en voorkomen van acute episodes, zodat individu naar vermogen kan meedoen in de maatschappij. Dit zorgt voor verschuivingen in de verhoudingen tussen preventie, genezing en begeleiding. Ook zorgen deze ontwikkelingen voor verschuivingen in de verhouding tussen 'need' (behoefte aan zorg volgens de professional), 'want' (ervaren behoefte aan zorg volgens het individu) en 'demand' (geëxpliciteerde zorgvraag).

Met name in de fase van diagnose en start van behandelplan kan hierin een spanningsveld zitten. Daarnaast vraagt de toenemende multimorbiditeit zowel om specialistische als om integrale kennis. Momenteel vindt weinig onderzoek plaats naar de effecten van deze verschuivingen: men handelt er met name naar in de spreekkamer. Onderzoek naar wat de verschuivingen daadwerkelijk gaan betekenen in keuzes in de zorgverlening en welke behoeften er zijn vanuit het perspectief van de zorgvrager blijft onderbelicht. Ook onderzoek naar determinanten van veroudering en interventies om het beroep op zwaardere zorg te beperken is nog beperkt.

Kennisvragen die samenhangen met het thema *verlenen van andere zorg* zijn:

- Hoe kunnen professionals zorg aan de voorkant (met aandacht voor preventie en zelfredzaamheid in eigen sociale netwerk) dominant laten zijn in hun handelswijze?
- Welke determinanten voorkomen een beroep op zwaardere zorg? Zijn daarbij verschillen naar groepen (jeugd/ ouderen; hoog-/laag-geletterden) burgers?
- Welke effecten heeft de transitie naar vraaggerichte zorg en shared decision making? Zijn daarbij verschillen naar groepen (jeugd/ ouderen; hoog-/laag-geletterden) burgers?
- Hoe kan 'kwaliteit van leven' in de mindset van geneeskundigen een eigen, steviger, plek krijgen?
- Hoe moeten professionals omgaan met het toenemende spanningsveld tussen 'needs' en 'demands' – dit met het oog op de noodzakelijke gematigde ontwikkeling van de zorgkosten? Zijn daarbij verschillen naar groepen (jeugd/ouderen; hoog-/laag-geletterden) burgers?

- **Professionaliseren**

Bij het anticiperen op een andere zorgvraag hoort niet alleen inhoudelijk een ander aanbod van zorg en ondersteuning, maar ook een andere werkwijze door professionals. Taakherschikking en nieuwe beroepen horen daarbij, zodat aan de ene kant de veelal specialistische kennis van betrokken zorgverleners op elkaar afgestemd kan worden en aan de andere kant rekening kan worden gehouden met mogelijkheden die individu in zijn directe omgeving heeft. Deze andere werkwijze betekent zorg overlaten aan andere professionals, samenwerking en duidelijke afspraken over regie. De professionalisering krijgt vorm in de praktijk en wordt met onderzoek ondersteunt (o.a. door de Academische werkplaatsen). Gegeven de demografische en epidemiologische ontwikkelingen verdient de taakherschikking en de rol van medische technologie in het zorgproces én in de opleidingen eveneens aandacht. Dit betreft alle domeinen van preventie, zorg en ondersteuning.

Kennisvragen die met *professionaliseren* samenhangen zijn:

- Wat betekenen verschuivingen in zorgvraag en zorgaanbod voor benodigde kennis en vaardigheden van professionals? Welke nieuwe beroepen zijn nodig om doelmatig andere zorg te kunnen verlenen?
- Hoe organiseren we acceptatie van taakherschikking en nieuwe beroepen in de zorgverlening?
- Hoe bevorder je samenwerking, waarbij er vertrouwen is en waarin regie geborgd is?
- Hoe zorgen we dat de doelmatigheidswinst door taakherschikking, nieuwe beroepen en inzet van technologie bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg, dat wil zeggen dat de substitutie ook in financiële zin wordt gerealiseerd?

• **Toetsbaar handelen**

De toenemende mondigheid van burgers vraagt ook om zorg en ondersteuning in een transparante omgeving. Wat is de beste zorg en ondersteuning die ik kan krijgen, waar wordt die geleverd en ontvang ik die ook? Dit betekent vooraf duidelijkheid geven aan de hand van richtlijnen waarin de laatste stand van wetenschap en praktijk zijn verankerd en achteraf verantwoording afleggen aan de hand van proces- en uitkomstindicatoren. Dit betekent niet dat niet mag worden afgeweken van richtlijnen, maar ongewenste praktijkvariatie moet worden voorkomen. Een witte vlek op dit gebied van richtlijnen betreft met name de richtlijnen voor niet medisch specialisten, zoals paramedici en verpleging & verzorging. Zorgen voor onderbouwing van best practices en verwerken van deze informatie in richtlijnen is nodig. Voor multidisciplinaire richtlijnen ontbreekt vaak een probleemeigenaar. Ook onderzoek bij doelgroepen waar van de richtlijnen wordt afgeweken (kinderen, ouderen, multimorbiditeit) is nodig, zodat het een basis kan bieden voor aanpassingen. In de richtlijnen dient verwezen te worden naar effectieve interventies. In een aantal sectoren is het effectiviteitonderzoek beperkt. Zo zijn de databanken effectieve interventies bij RIVM, NJI, Movisie, Vilans beperkt gevuld. Een witte vlek op het gebied van indicatoren betreft het ontbreken van uitkomstmaten die samen met procesindicatoren inzicht kunnen geven in de kwaliteit van geleverde zorg.

Kennisvragen die samenhangen met *toetsbaar handelen* zijn:

- Hoe voorkomen we ongewenste praktijkvariatie? Hoe evolueren we naar best-practice situaties en hoe zorgen we dat de budgettaire winsten aantoonbaar ten goede komt aan nog betere zorg dan wel een lagere zorgpremie?
- Bij welke groepen professionals is welke kwaliteitswinst te halen door het opstellen en implementeren van richtlijnen en outcome-indicatoren?
- Welke gemene delers zijn te trekken uit het beargumenteerd afwijken van richtlijnen (m.n. bij kinderen, kwetsbare ouderen en comorbide personen)?
- Welk effect hebben richtlijnen en (uitkomst)indicatoren op kwaliteit van zorgprocessen?



2.3 Creëren van een passend gezondheidslandschap

De trends voor bestuurders van gezondheidszorgorganisaties en verzekeraars

In zijn algemeenheid hebben veldpartijen (instellingen (o.a. GGD'en, centra voor Jeugd en Gezin, gezondheidscentra, ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, jeugdzorg), zorgverzekeraars, industrie, patiëntenverenigingen, (sport)verenigingen, etc.) te maken met een groeiend aantal oudere ouderen; met betere overleving van acute ziekten en meer chronische aandoeningen; met toenemende technologische mogelijkheden (ook voor zorg thuis); met meer regulering rond solvabiliteit en transparantie van kwaliteit en met meer instituties die regelgeving afvaardigen (Europa, Rijk, Gemeenten).

De doelen voor bestuurders van gezondheidszorgorganisaties en verzekeraars

Het doel is de preventie, zorg en ondersteuning zo te organiseren dat de diensten passen bij de behoeften van de mensen en dat het systeem in totaliteit begrijpelijk en toegankelijk is. Dit betekent dat traditionele sectoren van openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke zorg en jeugdzorg in elkaar overlopen. En dat deze flexibel op elkaar moeten inspelen, want de behoefte aan diensten kan in de tijd verschillen. Daar waar mogelijk dichtbij burgers en indien noodzakelijk in gespecialiseerde of topcentra georganiseerd. Passend betekent ook dat veldpartijen de collectieve middelen doelmatig inzetten en optimaal gebruik maken van elkaars kwaliteiten en kosten- en arbeidsbesparende innovaties snel absorberen.

Kennisthema's

Voor de komende periode spelen voor veldpartijen de volgende thema's:

- **Integraal samenwerken**

Individen maken veelal gebruik van verschillende organisaties op het gebied van zorg en ondersteuning. Ze gaan bijvoorbeeld voor de reizigersvaccinatie naar huisarts of openbare gezondheidszorg, voor begeleiding van hun chronische ziekte naar huisarts, fysiotherapeut of ziekenhuis en bij beperkingen kan men ook een beroep doen op huishoudelijke hulp. Kortom: de dienstverlening op het terrein van openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, langdurige zorg,

maatschappelijke zorg en jeugdzorg komen samen bij de burger. Samenwerking tussen deze partijen is een must. Zeker ook waar het de relatie tussen lichaam en geest betreft, zoals bij de relatie tussen depressie en diabetes. Wat opvalt aan de kennisinvesteringen op dit thema is dat dit in alle sectoren pragmatisch wordt opgepakt. Met behulp van experimenten wordt getracht op deelgebieden barrières te slechten en nieuwe werkwijzen te ontwikkelen.

Dit speelt met name op het gebied van zorg voor ouderen en chronisch zieken, waarbij aandacht is voor de verbinding van preventie en curatie. Hier is eerder een teveel aan initiatieven, waardoor op lokaal niveau verwarring ontstaat. Bestuurskundige kennis en kennis over netwerken kunnen waarschijnlijk een waardevolle bijdrage leveren aan dit doel. Daarbij kan ook de rol van sport als therapie meer naar voren komen.

Kennisvragen rond het thema *integraal samenwerken* zijn:

- Wat zijn noodzakelijke condities voor het realiseren van een voor burgers lokaal toegankelijk netwerk op gebied van openbare gezondheidszorg, curatieve gezondheidszorg, langdurige gezondheidszorg, maatschappelijke zorg en jeugdzorg?
 - Wat is de optimale schaal voor integrale hulpverlening (in stad en in regio) en hoe kan worden omgesprongen met de spanning tussen mededinging, marktmacht en samenwerking?
 - Hoe kan mantelzorg en eigen netwerk onderdeel uitmaken van deze integrale zorgverlening?
 - Hoe kunnen (financiële) barrières worden geslecht tussen de deelstelsels (wpg, wjz, zvw, awbz, wmo) en hoe kunnen sturingsarrangementen van rijksoverheid, zorgverzekeraars en gemeenten op elkaar aansluiten?
 - Hoe kunnen (financiële) barrières worden geslecht tussen vws en andere domeinen (wonen, werken, onderwijs, ...)
- **Doelmatigheid bevorderen**
Doelmatigheid, de verhouding tussen kwaliteit en prijs, komt met name op organisatieniveau tot uitdrukking. Daar ligt de sleutel tot implementatie van arbeid- en kostenbesparende innovaties. Het bestaande doelmatigheidsonderzoek is sterk sectorgericht en gericht op nieuwe innovaties. Evaluatie van mogelijk verouderde interventies zijn schaars. Daarnaast is er nog geen focus op kostenbesparende (met name voor curatieve zorg) en arbeidsbesparende (met name voor langdurige zorg) innovaties. Hierdoor komt ook het onderwerp substitutie in onderzoek nauwelijks naar voren. Ook de aandacht voor duurzaamheid – waar winsten met name in de ondersteunende processen zitten – is mager.

Kennisvragen om de *doelmatigheid te bevorderen* zijn:

- Welke arbeid- en kostenbesparende innovaties komen op ons af en – vooral – hoe benutten we die?
 - Hoe zorgen we voor gepast gebruik van interventies (voorkomen we over- en onderdiagnostiek en -behandeling; afschaffen van verouderde diagnose- en behandelmethoden)?
 - Welke besparingen zijn te realiseren door inzet op duurzaamheid in de ondersteunende processen?
 - Hoe kan substitutie bevorderd worden (van intramuraal (2^e lijn) naar extramuraal (1^e lijn en zelfmanagement))?
 - Welke indicatoren zijn in de langdurige zorg en ondersteuning bruikbaar om kosteneffectiviteit uit te drukken (QALY voor de care)?
- **Gezonde arbeidsmarkt creëren voor preventie, zorg en ondersteuning**
Naast doelmatigheid is ook de beschikbaarheid van personeel een belangrijke factor waar organisaties op moeten anticiperen. Dit thema wordt weer meer sectoroverstijgend opgepakt. Verankering van de kennis rond duurzame inzetbaarheid staat echter nog in de kinderschoenen.

Kennisvragen rondom een *gezonde arbeidsmarkt* zijn:

- Welke wensen hebben medewerkers ten aanzien van hun beroepsinhoud?
 - Hoe zorgen we dat de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit de betaalbaarheid van de zorg garandeert?
 - In welke mate zijn mensen bereid en in staat om langer door te werken?
 - Hoe vergroot je de duurzame inzet van arbeid voor zorg en ondersteuning?
 - Hoe kom je tot een strategische personeelsplanning?
- **Innovatiecultuur stimuleren**
Aandacht voor doelmatigheid en optimale inzet van personeel vragen een cultuur die innovaties accepteert en accommodeert. In de huidige kennisontwikkeling ligt de nadruk nog sterk op de innovaties zelf en is er nog weinig aandacht voor het cultuuraspect, terwijl blijkt dat directe terugkoppeling naar teams betere prestaties geven. De snelle accommodatie van innovaties en de de-implementatie van verouderde technieken en werkwijzen behoeft in de verschillende sectoren eveneens nadere aandacht. Kennis uit de onderwijs- en veranderkundige disciplines dienen toegepast te worden op onze sector.

Kennisvragen binnen thema *stimuleren van innovatiecultuur* zijn:

- Wat bevordert een innovatieve cultuur? Is er verschil tussen doelgroepen?
- Welke arrangementen dragen bij aan snelle accommodatie van innovaties?
- Hoe kan worden voorkomen dat vastgehouden wordt aan oude gewoontes?

2.4 Kiezen van collectieve prioriteiten



De trends voor overheden

In zijn algemeenheid werken alle ontwikkelingen door in de hele maatschappij. Voor rijksoverheid en gemeenten zorgen een paar ontwikkelingen voor specifieke doelen. Zo neemt de roep om bescherming tegen risico's zoals infectieziekten en zoönosen toe. Ook stijgen de collectieve uitgaven op het vws domein al jaren veel harder dan het BVP. Dit laatste leidt tot a) druk op overheidsfinanciën en b) druk op private uitgaven. We mogen verwachten dat dit op een of andere wijze druk zal zetten op het betaalbaar houden van de collectieve arrangementen en efficiënte inrichting van het stelsel. Dit dwingt tot meer expliciete keuzen en zal ook leiden tot verschuivingen in de gezondheidsethische vraagstukken.

Het doel voor overheden

Het doel voor overheden is om keuzes te maken en de grenzen van de collectieve verantwoordelijkheid scherp te definiëren. Hierbij moeten de publieke belangen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit tegen elkaar worden afgewogen. Dit vraagt om discussie die wordt gevoed door kennis uit effectstudies en evaluaties.

‘Afweging van publieke belangen vraagt een discussie die gevoed wordt door kennis.’

Kennisthema's

Voor de komende periode spelen voor overheden de volgende thema's:

• **Volksgezondheid beschermen**

Dit thema is van oudsher een overheidstaak en zal ook altijd een kerntaak van de overheid blijven. Het onderzoek op dit thema is dan ook goed belegd binnen het domein van preventie, zorg en ondersteuning. Naast aandacht voor veranderingen in omvang en impact van bekende risico's blijft aandacht voor nieuwe risico's nodig. Gegeven de risico-aversheid van de bevolking vragen risico's een extra zorgvuldige afweging wanneer overheidsingrijpen (vaccinatie, screening) wel of niet gewenst is.

Kennisvragen op het thema *volksgezondheid beschermen* zijn:

- Wat is de meest effectieve set van criteria (ziektelast, perceptie, effectiviteit van interventies, etc) voor signalering van risico's en overheidsingrijpen voor de toekomst?
- Hoe organiseer je die signalering en hoe ga je om met effecten van nieuwe media?
- Hoe ziekmakend cq gezondheidsbevorderend mag onze omgeving zijn?
- Hoe kunnen sociaal-economische gezondheidsverschillen worden beperkt?
- Hoe richten we basisfuncties voor gezondheidsbescherming doelmatig in, waarbij opschaling mogelijk is in geval van calamiteiten?

• **Collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden**

De collectieve uitgaven aan zorg en ondersteuning groeien harder dan de groei van het bruto binnenlands product (BBP). De vraag is in hoeverre dat houdbaar is en wanneer de grenzen aan de groei bereikt zijn. Er is in 2011 een start gemaakt met onderzoek naar de grenzen van de collectieve vergoeding van zorg en ondersteuning. Daarvoor is het echter ook nodig om de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid) beter te operationaliseren. Dit is nog een witte vlek.

Kennisvragen rond het thema *collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden* zijn:

- Wat zijn de gevolgen van stijgende collectieve uitgaven: zowel de positieve (baten) als negatieve gevolgen?
- Hoe krijgen we grip op de stijging van de zorguitgaven?
Wat zijn de onderliggende determinanten en hoe zijn deze te beïnvloeden?
Wat zijn daarbij- de voor- en nadelen?
- Hoe kapitaliseren we de bereikte doelmatigheidswinsten voor de macrobetaalbaarheid? Welke bestuurlijke- en implementatiestrategieën zijn kansrijk?
- Hoe toekomstbestendig zijn de huidige financieringsarrangementen?
- Wat kunnen we leren van de grote hoeveelheid 'worst-practices'?

- **Ethische gezondheidszorgvraagstukken afwegen**

Vanuit maatschappelijk perspectief mogen ook de ethische afwegingen niet ontbreken. Deze zijn van alle tijden, maar zijn gegeven de ontwikkelingen wel aan verandering onderhevig en het is te verwachten dat de dominante thema's zullen gaan verschuiven. Ten eerste vanwege veranderende maatschappelijke normen. Ten tweede vanwege de biomedische ontwikkelingen, zoals regeneratieve geneeskunde en de algemene beschikbaarheid van de informatie. Ten derde vanwege de groeiende groep ouderen en chronisch zieken, waarbij meer aandacht wordt gevraagd voor kwaliteit van leven dan voor genezing.

Kennisvragen die met *ethische gezondheidszorgvraagstukken* spelen zijn:

- Wat is gezondheid en ziekte? Welke ongemakken horen bij het leven? Voor welke typen zorgverlening willen mensen via het collectief solidair zijn, waarvoor niet? Zijn daarbij verschillen naar doelgroep (jeugd/ouderen; ziek/gezond; hoog-/laaggeletterden; rijk/arm)?
- Zijn de huidige ethische principes houdbaar in een nieuwe omgeving?
- Welke ethische gezondheidszorgvraagstukken komen op ons af (regeneratieve geneeskunde, begin en eind van leven, persoonlijke levenssfeer, ...)?

‘Ethische gezondheidsvragen zijn van alle tijden.’

- **Effecten van inrichting van stelsel bewaken**

De minister van vws is verantwoordelijk voor het stelsel op het gebied van openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, langdurige zorg, maatschappelijke zorg en jeugdzorg. In die hoedanigheid ontwerpt hij niet alleen beleid, maar past hij dit ook aan wanneer ongewenste effecten optreden. Daarvoor is evaluatieonderzoek nodig. In het huidige onderzoek op dit thema komen drie elementen nog onvoldoende naar voren. Ten eerste kan (ex-ante)evaluatieonderzoek en systeemdynamische analyses onbedoelde gevolgen van beleid zichtbaar maken. Ten tweede verdient de koppeling tussen outcomedata uit bevolkingsregistraties en biobanken en outputdata uit (jeugd)zorgregistraties nadere verdieping, zodat monitoring integraal kan plaatsvinden. Tot slot verdient de bestuurlijke aansturing nadere aandacht, aangezien de decentralisatie naar gemeenten en verzekeraars vraagt om een aanpassing van de besturingsfilosofie. Dit betreft zowel de afstemming en doorwerking van kerndepartement naar uitvoerings- en toezichtsorganen als naar gemeenten en verzekeraars. Bestuurskundige en juridische kennis kan daarbij behulpzaam zijn.

Kennisvragen op terrein van *evaluatie en bewaken van effecten van het stelsel* zijn:

- Hoe werken de verschillende elementen van het stelsel? Hoe kunnen we ze beter met elkaar verbinden (en hoe voorkomen we dat nieuwe schotten worden gebouwd)?
- Welke definities moeten nationaal en internationaal gestandaardiseerd worden, zodat vergelijkingen zinvol zijn?
- Hoe kunnen verbanden worden gelegd tussen data uit populatieregistraties (outcome) en uit zorgregistraties (input/output)?
- Waar liggen de grenzen van de collectieve en private verantwoordelijkheid?
- Hoe werken kerndepartement, uitvoerings- en toezichtsorganen, gemeenten en verzekeraars op elkaar in?



conclusie5.

3 Conclusies voor de kennisprogrammering van vws

Uit de analyse van de huidige vws-programmering op de maatschappelijke doelen en onderzoeksthema's (zie bijlage 1) en de analyse van de Europese prioriteiten op de maatschappelijke doelen en onderzoeksthema's (zie bijlage 2) zijn verschillende conclusies te trekken. In voorgaand hoofdstuk is reeds aangegeven welke accentverschuivingen in de programmering door vws op de thema's nodig zijn. Daarnaast zijn er nog een aantal algemene conclusies te trekken.

Integrale en brede programmering

De perspectieven en thema's gelden voor alle beleidsterreinen van vws. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de thema's in alle sectoren (jeugdzorg, openbare gezondheidszorg, curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke zorg) aan bod komen. Wel valt op dat sectoren daarbij kiezen voor programmering binnen de 'eigen' kennisinfrastructuur. Ook valt op dat de kennisprogrammering redelijk binnen de 'eigen' disciplines van het gezondheidsonderzoek wordt gekeken. Gebruik maken van aanwezige kennis bij andere beleidsterreinen en andere onderzoeksvelden is beperkt. Interactie tussen deze sectoren en tussen beleid en onderzoek is dan ook nodig om van elkaar te leren en de kennisvragen die er zijn verder te operationaliseren. Hierbij dienen ook aanpalende beleids- en onderzoeksterreinen te worden betrokken.

Winst is te behalen door integrale en brede programmering, met indien gewenst specifieke verdiepende vragen per directie. Gestart wordt met drie thema's waarbij in de huidige programmering overlap te zien is. Op basis van deze ervaringen zullen ook de andere 11 thema's volgen. De eerste 3 thema's die voor integrale afstemming en opdrachtverlening opgepakt worden, zijn:

- Keuzes maken (in gezond gedrag, verzekeraar, zorgverlener)
- Professionaliseren (nieuwe beroepen, taakherschikking)
- Integraal samenwerken (preventie in de cure, wmo als preventie van de care, jeugd en jeugdgezondheidszorg, etc.)

Daarbij is het zaak die kennisvragen te benoemen die bijdragen aan het oplossen van de doelen.

Focus in de programmering vanuit vws perspectief

De maatschappelijke doelen en thema's gelden voor onderzoek op het totale terrein van preventie, zorg en ondersteuning. Daarbij is vws niet de enige financier van onderzoek. Gegeven de druk op de collectieve financiële middelen is het voor vws bij de programmering van onderzoek op deze thema's van belang dat bij alle onderzoeken de volgende vraag wordt meegenomen:

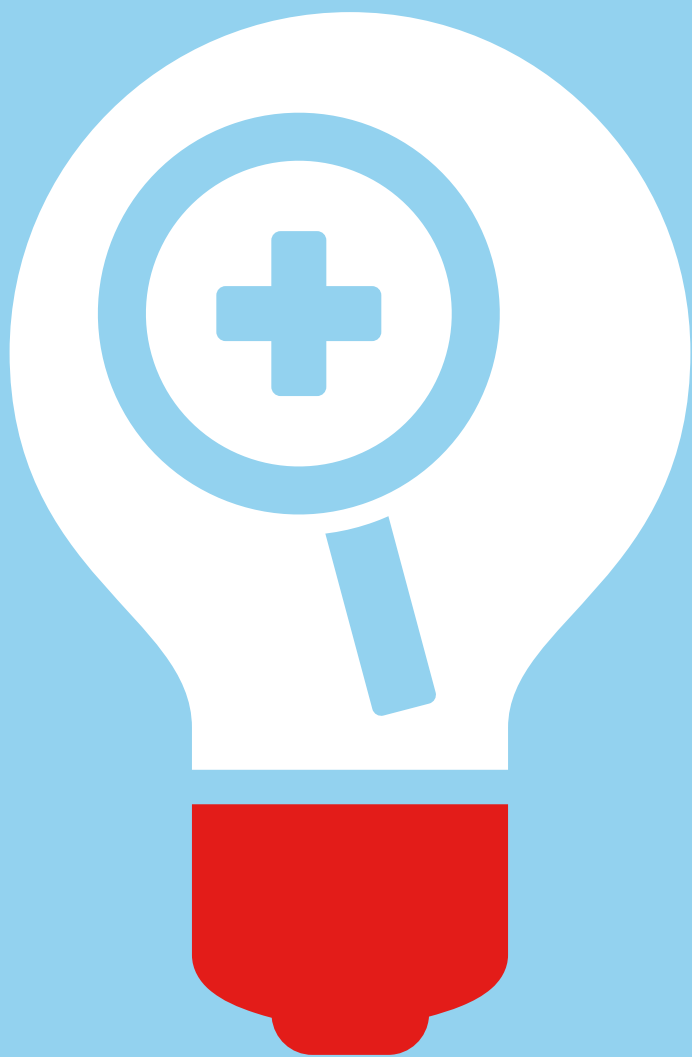
Wat is naast de bijdrage van dit onderzoek aan verantwoorde preventie, zorg en ondersteuning de bijdrage aan een verantwoorde ontwikkeling van de uitgaven? Een budgetimpactanalyse kan daarbij behulpzaam zijn.

Monitoring van uitvoering kennisagenda

Deze kennisagenda is leidend voor de kennisprogrammering voor het beleid van 'overmorgen'. Jaarlijks zal een analyse worden gemaakt van de invulling van de kennisprogrammering van vws op deze thema's. Hierbij zal per perspectief een overzicht worden gegeven. Onderzoekers wordt gevraagd bij programma's aan te geven vanuit welk perspectief (perspectieven) een onderwerp belicht wordt.

Bij de monitoring van de kennisagenda zal naast de invulling per perspectief ook gekeken worden naar de samenhang tussen de verschillende perspectieven. De perspectieven staan immers niet alleen; ze geven samen invulling aan het stelsel van preventie, zorg en ondersteuning.

Bij de uitvoering van de kennisagenda zal tevens aandacht besteed worden aan de verander- en leermodellen die in de verschillende perspectieven gehanteerd worden. Dit om de implementatie van kennis een stap verder te brengen.



bijlage.


Bijlage 1

Lopende kennisactiviteiten

In deze bijlage is beschreven hoe de doelen voor de middellange termijn reeds zijn uitgewerkt in de programmering van vws in 2010 en 2011. Hierbij is gebruik gemaakt van de werkprogramma's van adviesraden en kennisinstellingen. De doelen hebben daarbij een vertaling gekregen naar de ontwikkelingen binnen de vws-domeinen volksgezondheid, curatieve zorg, langdurige zorg en jeugd & maatschappelijke zorg. Naast vws investeren natuurlijk ook veel andere partijen, waaronder de Europese Commissie in onderzoek om de maatschappelijke doelen het hoofd te bieden. Deze internationale investeringen zijn niet meegenomen in deze bijlage.


Het perspectief van de volksgezondheid

Participeren in een veranderende wereld



Het thema *keuzes maken* is o.a. gericht op informatievoorziening. Deze activiteiten worden met name uitgevoerd door de gezondheidsbevorderende instituten (Voedingscentrum, Consument & veiligheid, Trimbos, etc.) en bij het Nederlands Jeugdinstituut. Financiering vindt plaats via subsidies van vws, het RIVM en via ZonMw. Voor 2012 en verder wordt deze financiering afgebouwd. Daarnaast wordt veel aandacht besteed aan *zelfmanagement* door stimuleren van een aantrekkelijk aanbod van gezonde alternatieven. Onderzoek naar consumentengedrag en gezonde producten is hiervoor van belang. Dit blijkt uit de activiteiten van Centrum Gezond Leven van het RIVM; de ZonMw programma's Participatie en gezondheid; Gezonde Voeding; Sport, bewegen en gezondheid; Seksuele gezondheid voor de jeugd en de scp rapportages Sport en Gezondheidsopvattingen. Dit onderzoek is met name gericht op de determinanten van ziekte. Onderzoek en preventieve mogelijkheden op basis van determinanten van veroudering en zelfredzaamheid staat nog in de kinderschoenen.

Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving



Andere zorg verlenen betekent, in het perspectief van de volksgezondheid, het voorkomen van de zorgvraag. Het 3^e en 4^e preventieprogramma van ZonMw en de tno programma's Gezond en Veilig opgroeien en Lang gezond en actief leven dragen daaraan bij. Daarnaast zijn er de verkenende studies van het scp, zoals het welbevinden van Nederlandse jongeren en de ZonMw programma's Zorg voor jeugd: vroegtijdige signalering en interventies, diversiteit in jeugdbeleid en Generation R. *Professionaliseren* wordt in dit perspectief vormgegeven door de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid en de Academische Werkplaats Jeugd. Het Nji kent daarnaast de programmalijnen Kwaliteit beroepspraktijken en Stipj.

Voor het thema *toetsbaar handelen* is het Centrum voor Infectieziekte Bestrijding van het RIVM actief met richtlijnen en indicatoren. Daarnaast toetst de Gezondheidsraad richtlijnen voor preventie en bestrijding van infectieziekten, actualiseert de raad de richtlijnen goede voeding en stelt zij periodiek de normen voor gezonde voeding vast. Voor het ontwikkelen en toepassen van indicatoren speelt ZiZo een belangrijke rol. Naast ZiZo kent het Nji de programma's Kwaliteit instrumenten en interventies en Richtlijnen voor de Jeugdzorg.

Creëren van een passend gezondheidslandschap

Vanuit het perspectief van de volksgezondheid wordt veel geïnvesteerd in het aanbieden van *integraal samenwerken*. Naast het Preventieprogramma bij ZonMw zijn er de ZonMw programma's Gezonde slagkracht, Preventiekracht thuiszorg en Beweegkuur. Het *bevorderen van de doelmatigheid* speelt in de – financieel kleine – sectoren van de openbare gezondheidszorg en jeugd maar beperkt een rol. Het betreft met name de kosteneffectiviteit van interventies en vervanging, vermindering en verfijning van dierproeven (via ZonMw en TNO). Ook het *vergroten duurzame inzetbaarheid van arbeid* speelt voor deze sectoren nauwelijks een rol. Alle activiteiten vanuit Volksgezondheid dragen natuurlijk wel bij aan het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van arbeid voor heel Nederland. Hiervoor loopt bij ZonMw het programma Participatie en Gezondheid. Het *stimuleren van een innovatiecultuur* wordt met name vormgegeven door de ZonMw programma's Academische werkplaatsen Preventie en Vernieuwing jeugdgezondheidszorg.



Kiezen van collectieve prioriteiten

Het mag geen verbazing heten dat het aspect *beschermen van de volksgezondheid* veel aandacht krijgt in deze paragraaf. Ten eerste zijn daar de vele adviezen van de Gezondheidsraad op dit terrein. Denk aan het adviseren over het rijksvaccinatieprogramma, signaleren van risico's op het gebied van arbeidsomstandigheden, schadelijke stoffen, elektromagnetische velden en ontwikkelingen op het gebied van gezondheid en omgeving. Daarnaast zijn er de ZonMw programma's rond infectieziektebestrijding en Q-koorts en de activiteiten van het RIVM op het gebied van Infectieziekten. *Collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden* speelt met name rond de adviezen van de Gezondheidsraad op het gebied van screenings en de onderzoeken van het RIVM Centrum voor Bevolkingsonderzoek. Voor de Jeugdzorg verzorgt het SCP het ramingsmodel. *Gezondheidszorgvraagstukken afwegen* vindt met name plaats binnen het ZonMw programma Ethiek en Gezondheid en het Centrum voor Ethiek en gezondheid bij RVZ en Gezondheidsraad. Daarnaast worden vanuit volksgezondheidsperspectief de *effecten van de inrichting van het stelsel* gemonitord. Denk daarbij aan de diverse activiteiten van het RIVM, zoals de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, de nationale atlas en het nationaal kompas en de Jeugdmonitor van het CBS. Daarnaast is het ZonMw programma Thematische wetsevaluaties van belang.






Het perspectief van de curatieve zorg


Participeren in een veranderende wereld

De informatievoorziening in de curatieve zorg is met name gericht op het maken van behandelkeuzen: wat is beste behandeling en bij welke aanbieder moet ik zijn. Hiervoor wordt geïnvesteerd in kiesbeter.nl. De veranderende gebruiken in de spreekkamer worden via het Nivel gemonitord. Daarnaast wordt in een ZonMw programma aandacht besteed aan *zelfmanagement* van chronisch zieken.



Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving

Andere zorg verlenen is dagelijkse praktijk in de curatieve zorg, al staat men nog weinig stil bij de consequenties van een andere zorgvraag. Kennisinvesteringen lopen o.a. via de academische component. Extra aandacht is er voor de GGZ en palliatieve zorg in ZonMw programma's en via het Trimbos. Onderzoek rond het thema *professionaliseren* is verankerd in de academische werkwijze van de curatieve zorg. Voor het *thema toetsbaar* handelen wordt geïnvesteerd via de ZonMw programma's Regie patiëntveiligheid, Veiligheid in de zorg en Tussen weten en doen. Ook het project ZiZo en de monitor zorggerelateerde schade in ziekenhuizen bij het Nivel draagt bij aan dit doel.



Creëren van een passend gezondheidslandschap

De investeringen vanuit de curatieve zorg op het gebied van *integraal samenwerken* zijn vervat in de ZonMw programma's Op één lijn, Spoedzorg en Diabetes ketenzorg. Daarnaast is er een rvz-advies over geografische toegankelijkheid en ziekenhuisconcentratie. *Bevorderen van de doelmatigheid* is met name terug te vinden in de Doelmatigheids en Priority Medicine programma's van ZonMw, door het Innovative Medical Devices Initiative van nwo en ZonMw en door samen met bedrijven te investeren in de topinstituten Biomedische materialen, Translational and Molecular Medicine en Ouder worden. Het *creëren van een gezonde arbeidsmarkt en het stimuleren van de innovatiecultuur* komt in de curatieve zorg nog beperkt aan bod.



Kiezen van collectieve prioriteiten

Op het gebied van de curatieve zorg ligt voor dit thema het accent sterk op het *collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden*. Hierop zijn in 2011 een aantal onderzoeken gestart waaronder de CPB studie naar de toekomst van de zorg het meest in het oog springt. Daarnaast moet in dit kader ook het onderzoek van het College voor Zorgverzekeringen in ogenschouw worden genomen. Een tweede accent ligt op het *bewaken van effecten van inrichting van het stelsel*. Een grote rol is hierbij weggelegd voor de zorgbalans van het RIVM. Hiervoor wordt onder andere gebruik gemaakt van investeringen in databestanden bij het Nivel, zoals het consumentenpanel, het Landelijk Informatienetwerk huisartsenzorg, de overgang naar LINEL, continue morbiditeitsregistratie peilstations en de landelijke informatievoorziening paramedische zorg.

Het perspectief van de langdurige zorg

Participeren in een veranderende wereld

Naast de *keuzes maken* met informatie die via kiesbeter.nl beschikbaar is over zorginstellingen en hulpmiddelen investeert de langdurige zorg ook in het programma AllesToegankelijk van Vilans. Voor de maatschappelijke zorg zijn naast de trajecten zoals benoemd bij het prisma van de langdurig zorg geen aparte onderzoeken gestart. Op het gebied van *zelfmanagement* wordt meer geïnvesteerd. Het betreft hier het ZonMw programma Ambient Assisted Living en een programma bij Vilans over Participatie, zelfredzaamheid en technologie. Ook voert het scp enkele agenderende studies uit, zoals Kwetsbare ouderen, verleners van mantelzorg, mensen met functiebeperkingen, armoede en sociale uitsluiting. Daarnaast lopen bij Movisie twee programma's, te weten Versterken vrijwillige inzet en Hulpverlening en activering.



Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving

In de langdurige zorg wordt met diverse programma's ingespeeld op het *verlenen van andere zorg*. Zo is er het ZonMw programma Zichtbare Schakel en de Vilans programma's Chronisch zieken en cliëntsystemen. Het scp voert verkenningen uit naar de vraag naar langdurige zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Kennisinvesteringen voor de thema's *professionaliseren en toetsbaar handelen* zijn beperkt en is met name te vinden in het Nationaal Programma Ouderenzorg dat via ZonMw loopt en programma's van Vilans en Movisie, zoals het programma Kwaliteit van interventies, organisatie en beleid.



Creëren van een passend gezondheidslandschap

De kennisinvestering rond het thema *integrale dienstverlening* loopt voor de langdurige zorg met name via ZonMw. Ten eerste is aangesloten bij het reeds in de curatieve zorg genoemde programma Op één lijn. Daarnaast kent de langdurige zorg het Nationaal Programma Ouderenzorg. Op het terrein van maatschappelijke zorg speelt ook de integratie met andere beleidsterreinen. Dit komt o.a. tot uiting in het rvz advies intersectorale zorg, de ZonMw programma's Maatschappelijke opvang en Vrijwillige inzet en de Movisie programma's Leefbaarheid en sociale samenhang, Informele zorg, Implementatie Welzijn Nieuwe Stijl en 'W+W+Z = maken het samen' alsmede in het onderzoek dat het Verwey-Jonker Instituut uitvoert naar het toezicht dat gemeenten voeren op juiste toekenning van ondersteuning. Voor het *stimuleren van de doelmatigheid, vergroten duurzame inzetbaarheid van arbeid en innovatiecultuur* wordt met name gekeken naar Vilans. Zij kennen de programma's Kwaliteit en innovatie ouderenzorg, Kwaliteit en innovatie gehandicaptenzorg en het stimuleringsprogramma In voor zorg. Ook loopt er nog het verbeterprogramma Zorg voor Beter via ZonMw.





Kiezen van collectieve prioriteiten

Ook hier ligt het accent op het *collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden* en de studie die het CPB in dit kader is gestart. Daarnaast wordt een beroep gedaan op het SCP. Zo berekenen zij het macrobudget voor de huishoudelijke hulp in de WMO. Ook *het bewaken van de inrichting van het stelsel* door monitoring met de zorgbalans speelt in dit perspectief een belangrijke rol. De OECD heeft een grote studie uitgevoerd over de langdurige zorg en in het kader van de programmabrief langdurige zorg is een groot aantal studies uitgevoerd. Daarnaast heeft het SCP de werking van de WMO geëvalueerd en voert het Verwey-Jonker Instituut onderzoek uit naar de governance van gemeenten bij de verlening van ondersteuning.

Bijlage 2

Relatie tot de onderzoeks- en kennisagenda van de Europese Commissie

Veel van de ontwikkelingen die aan de basis liggen van deze kennisagenda zijn niet uniek voor Nederland, maar treffen ook andere lidstaten van de Europese Unie. Er is geen land in Europa dat niet geconfronteerd wordt met o.a. toenemende vergrijzing van burgers en zorgverleners, een groei van het aantal chronische ziekten en de voortgaande gevolgen van de economische crisis voor de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Vanwege deze raakvlakken met omliggende landen is het waardevol te bekijken hoe de kennisagenda van het Ministerie van vws zich verhoudt tot die van de Europese Commissie. Op welke terreinen verschillen ze van elkaar en op welke terreinen komen ze met elkaar overeen?¹²

Hiervoor wordt in het bijzonder gekeken naar twee bronnen:

1. Het meest recente onderzoeksprogramma binnen het thema gezondheid van het Zevende Kaderprogramma van de Europese Commissie. Hierbinnen zijn drie hoofdterreinen ('pillars') te onderscheiden:
 - de ontwikkeling van kennis via biotechnologie, generieke instrumenten en medische technologieën;
 - de vertaalslag hiervan voor de gezondheid van de mens en
 - de verbetering van de gezondheidszorg voor Europese burgers.
2. Een achterliggende prioriteringsstudie voor het Zevende Kaderprogramma met als doel de voornaamste gezondheidszorgthema's voor de komende jaren te identificeren.¹³ Een deel van deze uitkomsten is al toegepast in het KP-7 werkprogramma voor 2012; overige thema's worden mogelijk benut voor vervolgrondes binnen KP-7 en KP-8 (vanaf 2013). Nederland was actief betrokken bij het opstellen van deze agenda, onder meer door de participatie in het projectteam van het NIVEL en het AMC-UvA.

De relatie tot Europa kan goed samengevat worden aan de hand van de vier gehanteerde invalshoeken van de Nederlandse Kennisagenda.

¹² Analyse is uitgevoerd door Johan Hansen, werkzaam bij het Nivel

¹³ HSR Europe (2011) 'Health services research: helping tackle Europe's health care challenges', Utrecht: NIVEL (beschikbaar op <http://www.healthservicesresearch.eu>).

Participeren in een veranderende wereld

Actieve participatie van burgers is zowel in Nederland als op Europees niveau een belangrijke doelstelling. In de vws Kennisagenda uit dit zich in 3 dimensies: keuzes maken, omgaan met risico's en zelfmanagement. In de onderzoeksagenda op Europees niveau domineren met name de eerste en derde dimensie. Voor wat betreft het maken van keuzes stelt de Europese onderzoeksagenda de vraag centraal hoe patiënten en zorgorganisaties gestimuleerd kunnen worden richting patiënt-gerichte zorg en het vergroten van patiëntenparticipatie. Het gaat bijvoorbeeld om de evaluatie van strategieën en interventies, de rol van richtlijnen en nieuwe technologieën en hoe het meten van patiëntenopvattingen verfijnd en gestandaardiseerd kan worden. In het geval van zelfmanagement wordt binnen het ec-onderzoeksprogramma de nadruk gelegd op sociale innovaties (bv. in de vorm van producten of diensten) voor actief en gezond ouder worden, een doelstelling die ook in het Europese Innovatie-partnerprogramma wordt nagestreefd. Beide deelvragen hebben overigens wel raakvlakken met thema 2 binnen de vws Kennisagenda, bijvoorbeeld als het gaat om de relatie tussen patiënt en zorgprofessional.



Anticiperen op een veranderende zorgvraag in een transparante omgeving

Binnen de Kennisagenda van vws staan 3 thema's centraal: het verlenen van andere zorg, professionaliseren en toetsbaar handelen. Voor wat betreft het eerste thema is te zien dat op zowel Europees als nationaal niveau een groot belang wordt gehecht aan vraaggestuurde zorg en gedeelde besluitvorming en het veranderen van de 'mindset' van artsen (en patiënten) om dit te realiseren. Ook het tweede thema laat een duidelijke overlap zien. Het gaat dan onder meer om onderwerpen als taakherschikking, competenties en samenwerking. Op Europees niveau wordt dit aangevuld met expliciete aandacht voor de vergelijking van menskrachtplanningen tussen lidstaten en de toegenomen mobiliteit van zorgverleners tussen landen, beiden thema's die juist op internationaal vergelijkend niveau relevant zijn. Binnen het derde thema in de vws Kennisagenda, toetsbaar handelen, wordt het onderdeel richtlijnen in de meest recente calls van de ec hooguit marginaal als onderzoeks-onderwerp benoemd. Wel zouden met name klinische onderzoeksprojecten idealiter bijdragen tot het ontwikkelen van nieuwe richtlijnen die leiden tot betere patiëntenzorg. Ook het onderdeel indicatoren komt niet expliciet als apart studieonderwerp naar voren. Het belang ervan wordt juist als overkoepelend streven benadrukt. Het gaat dan bv. om de noodzaak op variaties in zorgverlening systematisch in kaart te brengen en om de prestaties van gezondheidszorgorganisaties en -systemen te benchmarken en om best practices te identificeren.





Creëren van een passend gezondheidslandschap

Op nationaal niveau zijn de volgende 4 thema's onderscheiden ten aanzien van de verschillende veldpartijen: integraal samenwerken, doelmatigheid bevorderen, gezonde arbeidsmarkt creëren voor preventie, zorg en ondersteuning en innovatiecultuur stimuleren. Van deze 4 thema's wordt de eerste, integratie, het sterkst benadrukt op Europees niveau. De afbakening is echter een smallere dan die binnen de vws Kennisagenda: waar het op nationaal niveau ook gaat over het slechten van barrières tussen bv. overheid en zorgverzekeraars of de verschillende financieringsstelsels (zoals AWBZ en WMO), is de agenda op Europees niveau met name afgebakend tot de relatie tussen eerste en tweede lijn, een deelterrein dat ook binnen het doelmatigheidsthema van vws wordt benadrukt. Ook de drie andere terreinen binnen de vws Kennisagenda bevatten onderwerpen die niet op Europees niveau zijn terug te vinden, bv. als het gaat om de bereidheid van zorgverleners om langer door te werken of het identificeren van indicatoren in de langdurige zorg. Deze verschillen illustreren het feit dat de onderzoeksagenda van de Europese Commissie noodzakelijkerwijs een beperkter bereik heeft dan de nationale kennisagenda. Het merendeel van gezondheidsonderzoek wordt immers op landniveau gefinancierd. Tot slot biedt het vierde thema binnen deze invalshoek een waardevolle aanvulling op de doelstellingen van het EC-beleid. Het Europese innovatieprogramma is een belangrijke pijler van de Europese onderzoeksagenda. Het streven hierbij is om innovatieve oplossingen te vinden om de gezondheid van Europa's burgers te verbeteren en om gezond en actief ouder worden te bevorderen. Kennisvragen op vws-niveau hoe een dergelijke innovatiecultuur te bevorderen bieden een waardevolle toevoeging om deze zo noodzakelijk geachte innovaties te realiseren.



Kiezen van collectieve prioriteiten

De laatste invalshoek stelt de rol van de overheid centraal. Concrete thema's hierbinnen zijn: het beschermen van de volksgezondheid, collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden, ethische gezondheidszorgvraagstukken afwegen en effecten van inrichting van stelsel bewaken. Elk van deze thema's komt maar in beperkte mate terug in de huidige onderzoeksagenda op Europees niveau. Dit zegt niet zozeer iets over hun belang, maar meer over de afbakening die vanuit de Europese Commissie is gemaakt om met name de organisatie van de zorg centraal te stellen. Wel is er op Europees niveau aandacht voor de kwaliteit van prijsinformatie en hoe deze kan bijdragen aan betere besluitvorming, een thema dat sterk raakt aan het tweede thema op nationaal niveau. In bovengenoemde achtergrondstudie voor de Europese Commissie kwam wel het vierde thema van de vws-agenda naar voren. Veel Europese experts vinden het belangrijk dat gezondheidsonderzoek de bedoelde en onbedoelde effecten van zorg hervormingen evalueert, dat er overeenstemming wordt bereikt over de juiste set prestatie-indicatoren en dat de vergelijkbaarheid van informatiebronnen en gehanteerde methoden wordt verbeterd.

Conclusie

Er zijn veel raakvlakken te onderscheiden tussen de kennisagenda van vws en die van de Europese Commissie. Deze ijkingslijst geeft dan ook een indicatie dat belangrijke thema's worden gedekt in de vws kennisagenda. Toch zijn er ook onderzoeksthema's die juist wel op Europees niveau worden benadrukt, maar die minder expliciet terugkomen in deze kennisagenda. Dit geldt in het bijzonder voor het belang dat op Europees niveau wordt gehecht aan betere kennis over de relaties tussen onderzoek en beleid, om de toepasbaarheid en feitelijke toepassing van onderzoeksbevindingen te bevorderen. Een tweede deelterrein is dat van de technologiebeoordeling (*health technology assessment*), bijvoorbeeld als het gaat om de beoordeling van de organisatorische, ethische of sociale gevolgen van de invoering van bepaalde gezondheidszorgtechnologieën.

‘Juist op deze terreinen is het van belang dat we de bevindingen uit andere landen nauwlettend volgen, zodat de lessen uit internationaal onderzoek ook binnen Nederland kunnen worden geïmplementeerd.’

Op die manier versterken beide agenda's elkaar en dragen ze bij tot het verbeteren van het Nederlandse en Europese gezondheidszorglandschap.

Dit is een uitgave van

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres

Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
Telefax 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

januari 2012