



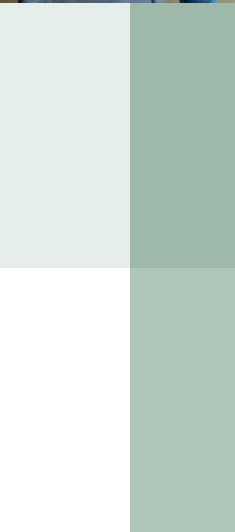
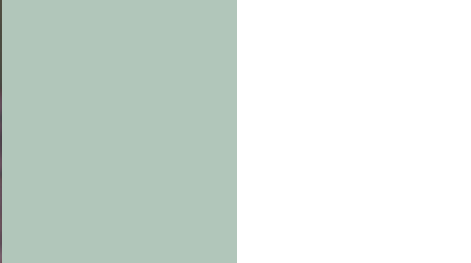
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Onderzoek en innovatie
met en voor
de gezonde regio

think globally, act locally





Onderzoek en innovatie
met en voor
de gezonde regio

think globally, act locally



Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	8
Inleiding	11
1. Academie voor de regio: naar regionale co-creatie in onderzoek	17
1.1 Regionale netwerken in zorg, onderwijs en onderzoek	17
1.2 Praktische samenwerking: regionale netwerken voor gezondheid en zorg	18
1.3 De rol van de burger/patiënt	20
1.4 Regioscan en infrastructuur	20
1.5 Nieuwe vormen van publiek-private samenwerking	20
VOORBEELDEN	
Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg	22
HartNet Noord-Nederland	24
Academische Werkplaats Verzekeringsgeneeskunde	26
2. Randvoorwaarden regionale netwerken	28
VOORBEELDEN	
LUMC-Campus Den Haag	32
Stichting BeterKeten	34
Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen	36

3. Keuzes in het wetenschaps- en onderwijsbeleid	39
3.1 Evalueren, erkennen en waarderen	39
3.2 Hooglerarenbeleid en spreiding van promovendi en andere onderzoekers	40
3.3 Onderwijs en opleiding	41
3.4 Methodologie en medisch ethische toetsing	42
3.5 Open Access en Open Science	43
3.6 Evaluatie	43
Amsterdam Mental Health	44
Bestuurstafel Utrecht	46
Aletta Jacobs School of Public Health	47
4. Financiering	48
SchildklierNetwerk	50
Universitair Netwerk Ouderenzorg van VU medisch centrum	52
Tot slot	55
Colofon	56

VOORBEELDEN

VOORBEELDEN



- “Onderzoek wat
- er toe doet vraagt
- actief samenspel
- van onderzoek,
- beleid en praktijk.”



- “Werk aan
- gezondheidswinst en
- positieve gezondheid.”

- “De kosten gaan voor
- de baat; investeren in
- infrastructuur loont.”



- “Wat is over vijf jaar echt anders? Er is
- een vast platform in de regio waarbinnen
- de dialoog plaatsvindt, rekening wordt
- gehouden met de context, kennis delen het
- uitgangspunt is, data over de keten worden
- gedeeld, andere uitkomsten (dan zorg)
- relevant zijn, wordt geleerd van elkaar, en het
- ‘*population health*-denken’ centraal staat.”

Tijdens de werkconferentie op 28 januari 2019 is aan de hand van tien thema's gesproken met veel verschillende stakeholders. Uitspraken van hen zijn verspreid in dit plan opgenomen.

Voorwoord

Een actieve en verbindende rol van de universitair medische centra in het oplossen van gezondheidsvraagstukken dicht bij huis. Als umc's dáárop inzetten, samen met direct betrokkenen in de regio, kunnen ze rekenen op brede steun van burgers, patiënten, eerste- en tweedelijnszorg, hogescholen, verzekeraars, bedrijfsleven en vele anderen.

Dit was de belangrijkste conclusie uit de werkconferenties die afgelopen maanden plaatsvonden onder het thema *Onderzoek waarvan je beter wordt*, naar het gelijknamige rapport van de Gezondheidsraad. Discussies met verschillende belanghebbenden hebben geleid tot het ambitieuze plan dat voor u ligt, waarin de umc's hun maatschappelijke rol inzetten als 'academie met en voor de regio'.

De uitdagingen in gezondheidszorg en preventie vragen om een gezamenlijke aanpak. Umc's hebben met hun wetenschappelijk onderzoek daarin een unieke rol. Met onze kennis- en zorgfunctie zetten we onderzoek en innovatie in voor zorg en gezondheid in de volle breedte: van fundamenteel tot toegepast onderzoek en van preventie tot palliatie. Op internationaal, nationaal en ook steeds meer op regionaal niveau.



Met dit plan krijgt de samenwerking in de regio de komende jaren een flinke impuls. Niet alleen op het terrein van de aandoeningen die behandeld worden in het umc. Het gaat juist ook over vraagstukken die buiten het umc bestaan, zoals preventie en gezond leven. De ontwikkeling naar regionale inzet sluit daarmee aan bij het Nationaal Preventieakkoord, bij het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg en bij de kennisagenda Preventie van de Nationale Wetenschapsagenda.

Vertegenwoordigers van gemeenten, GGD'en, bewoners, patiënten en burgers, zorgverleners, experts uit umc's, algemene ziekenhuizen, zelfstandige klinieken en verpleeghuizen hebben een enthousiaste bijdrage geleverd aan de totstandkoming van dit plan. Ik wil hen daarvoor hartelijk danken. We zien uit naar het vervolg van de samenwerking.

Prof. dr. Willy Spaan,
voorzitter NFU

Samenvatting

“Uitblinken in de volksgezondheid vereist excelleren in de wetenschap.” (Johan Mackenbach)

Hoe dragen we bij aan de noodzakelijke innovatie van preventie en zorg? Om die vraag te beantwoorden heeft de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) op verzoek van de minister voor Medische Zorg en Sport¹ met vele betrokkenen rond de tafel gezeten. Het resultaat leest u in dit plan.

De kern van het plan is dat de umc's netwerken gaan opzetten in de regio waarin ze gevestigd zijn. Daarin wordt samen met burgers, patiënten en betrokken organisaties gewerkt aan innovatie. Dat begint met het inventariseren van de belangrijkste uitdagingen in de regio. Vervolgens worden regionale kennis- en innovatieagenda's voor gezondheid en zorg opgesteld.

REGIONAAL POTENTIEEL

Door het brede potentieel in de regionale netwerken te benutten nemen de relevantie en de maatschappelijke impact toe, en komen de resultaten van het innovatieproces de gehele regio ten goede. Zo'n regionale aanpak biedt kansen om rekening te houden met lokale verschillen, al is uiteraard ook landelijke afstemming nodig waarin de regio's elkaar voeden en inspireren.

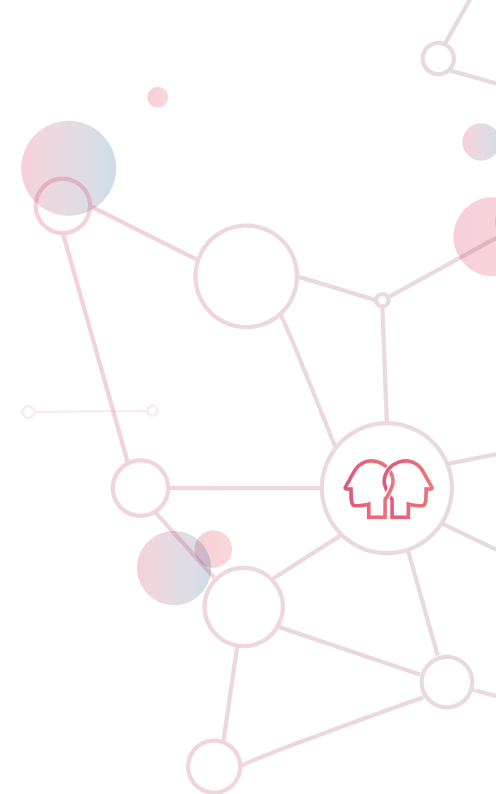
De umc's vervullen in dit gehele proces een initiërende en faciliterende rol. Zij organiseren de infrastructuur, brengen hun methodologische expertise en kennis in en vormen zo samen met andere kennisinstellingen, een 'academie voor de regio'.

ONDERLINGE SAMENWERKING

Netwerkvorming en gezamenlijke agendavorming passen in deze tijd. De umc's, universiteiten en andere kennis- en zorginstellingen hebben volop ervaring met onderlinge samenwerking in de regio, bijvoorbeeld:

- Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg
- HartNet Noord-Nederland
- Academische Werkplaats Verzekeringsgeneeskunde
- LUMC-Campus Den Haag
- Stichting BeterKeten
- Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen
- Amsterdam Mental Health
- Bestuurstafel Gezond Utrecht
- Aletta Jacobs School of Public Health
- SchildklierNetwerk
- Universitair Netwerk Ouderenzorg van VU medisch centrum

¹ www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/05/17/kamerbrief-over-advies-onderzoek-waarvan-je-beter-wordt





GEDEELDE VERANTWOORDELIJKHEID

Om de in dit plan verwoorde ambities te realiseren is een extra impuls nodig. Het is van belang duurzame netwerken te bouwen, waarin partijen met elkaar en gedurende een lange tijd verantwoordelijkheden delen en gezamenlijk de kosten dragen. Dat vraagt om leiderschap en eigenaarschap van alle betrokkenen, en om commitment om er samen uit te komen als door belangentegenstellingen of verschillen van inzicht een spanningsveld ontstaat.

Innovatie is meer dan onderzoek doen en de resultaten publiceren. Het is de bedoeling dat in de regio de gehele onderzoekscyclus doorlopen wordt, inclusief implementatie, monitoring en evaluatie. Dat betekent absoluut niet dat er een complexe structuur opgezet moet worden. Hoe eenvoudiger de organisatie en verantwoording, des te groter de kans op succes.

AAN DE SLAG

Wat gaat er concreet gebeuren, in de regio's en landelijk?
juni – december 2019

- De umc's nemen het initiatief voor het opzetten van een regionaal netwerk.
- Een kwartiermaker nodigt regionale partijen uit.
- Gezamenlijk gaan partijen aan de slag om urgente vraagstukken boven tafel te krijgen.
- Vraagstukken worden vertaald in verantwoorde en toetsbare innovaties, onderzoeken of aanpak, gebruikmakend van de collectieve expertise.
- Er is een regionale agenda op hoofdlijnen.

januari – december 2020

- Op een landelijke werkbijeenkomst worden alle regionale agenda's bijeengebracht.
- Er ligt een gedetailleerde regionale agenda met afspraken over aanpak en financiering.
- Alle regionale kennis- en innovatieagenda's inclusief een investeringsplan worden in 2020 samengebracht in een landelijke rapportage.

• “Investeren in de
• infrastructuur heeft een
• sneeuwbaaleffect gehad,
• is één van de lessen van
• het Nationaal Programma
• Ouderenzorg.”



• “De netwerken
• verbinden is
• een uitdaging.”



• “Brede multidisciplinaire
• denkkraft is nodig
• voor het aanpakken van
• complexe problemen.”



• “Er gebeurt al heel
• veel! Leer van de
• best practices qua
• inbedding, co-creatie,
• timing, interdisciplinair
• onderwijs.”



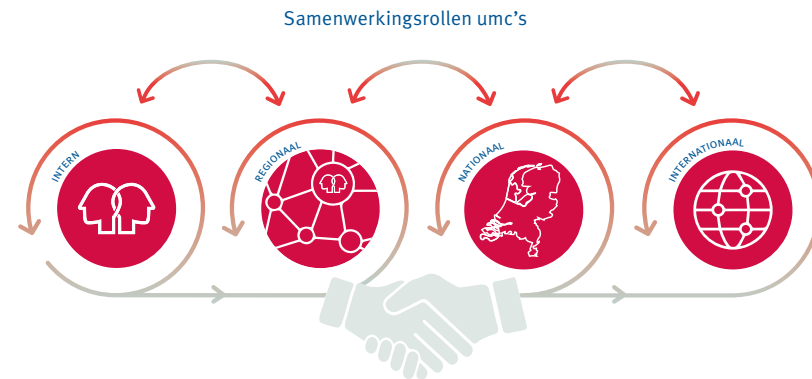
• “Het gaat om
• duurzame
• samenwerkingen.”



Inleiding

De Nederlandse gezondheidszorg en preventie staan de komende decennia voor een aantal belangrijke uitdagingen. Demografische ontwikkelingen (vergrijzing), epidemiologische trends (toename van het aantal mensen met één of meer chronische ziekten), maatschappelijke veranderingen (toegenomen mondigheid, maar ook groeiende verschillen), technologische innovaties (*e-Health*, *big data*, *personalised medicine*, nanotechnologie) en een verschuivende kijk op gezondheid dragen bij aan een totaalbeeld waarin verandering de enige constante is.

Innovatie is dus essentieel en de universitair medische centra (umc's) willen daar een actieve rol in spelen. De umc's zijn al sinds hun ontstaan belangrijke innovators op het gebied van gezondheid en zorg, dankzij enerzijds de nauwe wisselwerking tussen toonaangevend wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en innovatieve patiëntenzorg (*care*, *cure* en preventie) en anderzijds de samenwerkingen met andere faculteiten van de universiteit en met kennis- en zorginstellingen. De umc's zien de innovatie van gezondheidszorg en preventie als een belangrijke maatschappelijke opdracht. Dit plan beschrijft hoe de umc's hun bredere maatschappelijke verantwoordelijkheid vorm willen geven.



De umc's zetten een volgende stap in een ontwikkeling die begon bij de umc-vorming vanuit de faculteiten geneeskunde en de academische ziekenhuizen. Door het organiseren van zorg, onderzoek en onderwijs onder één dak, een umc, ontstonden korte lijnen tussen alle vormen van biomedisch onderzoek en de toepassing in de kliniek (*from lab to clinic*). Nu trekken de umc's die lijn in zekere zin door naar de gezondheid van de gehele bevolking in de regio's rondom de umc's (*from lab to life*). De umc's staan daarbij voor de volle breedte van onderzoek en innovatie, van fundamenteel tot toegepast en van internationaal tot regionaal en streven naar wetenschappelijke excellentie op al deze terreinen. Dit sluit goed aan bij de strategische onderzoeksagenda die de NFU in 2016 heeft geformuleerd.

Gezond, toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit

Mensen gezond houden tegen redelijke kosten en het systeem van gezondheidszorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit houden, dat is waar het om gaat in duurzame zorg. Het samenspel tussen strategische partners zoals gezondheidszorgorganisaties, verzekeraars en overheden, bedrijfsleven en gebruikers (professionals en burgers) is hiervoor een kritieke succesfactor. De gehele keten van fundamenteel onderzoek tot een meer persoonlijke benadering van preventie en behandeling, alsmede de financiële implicaties bepalen of de doelstelling op het gebied van duurzame gezondheid dichterbij komt. Door de huidige ontwikkelingen liggen er grote kansen om de komende jaren tot grote doorbraken te komen. Nederland kan daar grote bijdragen aan leveren. (Onderzoeksagenda naar Sustainable Health, NFU 2016)

IMPULS AAN REGIONALE ROL UMC'S

Umc's versterken hun regionale rol. Zij verbeteren zo hun maatschappelijke impact op het terrein van preventie en volksgezondheid, dragen bij aan de oplossing van urgente maatschappelijke gezondheidsvraagstukken en aan innovatie op het terrein van gezondheid en zorg. Dit doen de umc's door hun expertise breder in te zetten en te verbinden met de

• “Het umc ontwikkelt zich tot
• academische motor van onderzoek
• en innovatie voor zorg en preventie
• in de volle breedte, met een sterke
• regionale functie, naast de reeds goed
• ontwikkelde nationale en internationale
• oriëntatie.”

• [Onderzoek waarvan je beter wordt,](#)
• [Gezondheidsraad, 2016](#)

kennis van andere instellingen ten behoeve van de zorg aan en gezondheid van een groter deel van de bevolking. Deze beweging is al in gang gezet met ontwikkelingen als de Academische Werkplaatsen in de Ouderenzorg en Publieke Gezondheid, Netwerken Huisartsgeneeskunde, consortia voor verpleeghuizen en zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, populatiemanagementinitiatieven en het preventieconsult. Er is echter nog veel te winnen door de inrichting van duurzame samenwerkingsnetwerken in de regio.

Het versterken van de maatschappelijke rol van de umc's in de regio vraagt de noodzakelijke veranderingen in de benodigde onderzoeksmethoden, het beleid rondom data, de expliciete waardering van dit type onderzoek in loopbaanbeleid en de inzet van onderzoekers. Ook op dit terrein gebeurt al veel zoals consortiumvorming in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda, nationale afstemming door Health-Research Infrastructure, Data4lifesciences, de NFU-onderzoeksagenda naar Sustainable Health² en het Statement belonen en waarderen³.

Met het voorliggende plan wordt deze beweging, in reactie op het Gezondheidsraadrapport ‘Onderzoek waarvan je beter wordt’⁴, versterkt en versneld. De urgente vraagstukken in de maatschappij rond gezondheid en zorg die het rapport nog eens benoemt⁵ maken dit noodzakelijk. Na een eeuw waarin volksgezondheid in Nederland er sterk op is vooruitgegaan, staan ons komende decennia nieuwe uitdagingen te wachten, zoals de toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen en de noodzaak tot het beheersen van de zorgkosten. Er zijn ook kansen, zoals het gebruik van nieuwe technologische hulpmiddelen. Multidisciplinaire samenwerking is noodzakelijk om de aanpak van deze veelal complexe uitdagingen verder te brengen. Het gaat om een transitie, om onderzoeken, om experimenteren,

² Onderzoeksagenda naar Sustainable Health, NFU, februari 2016

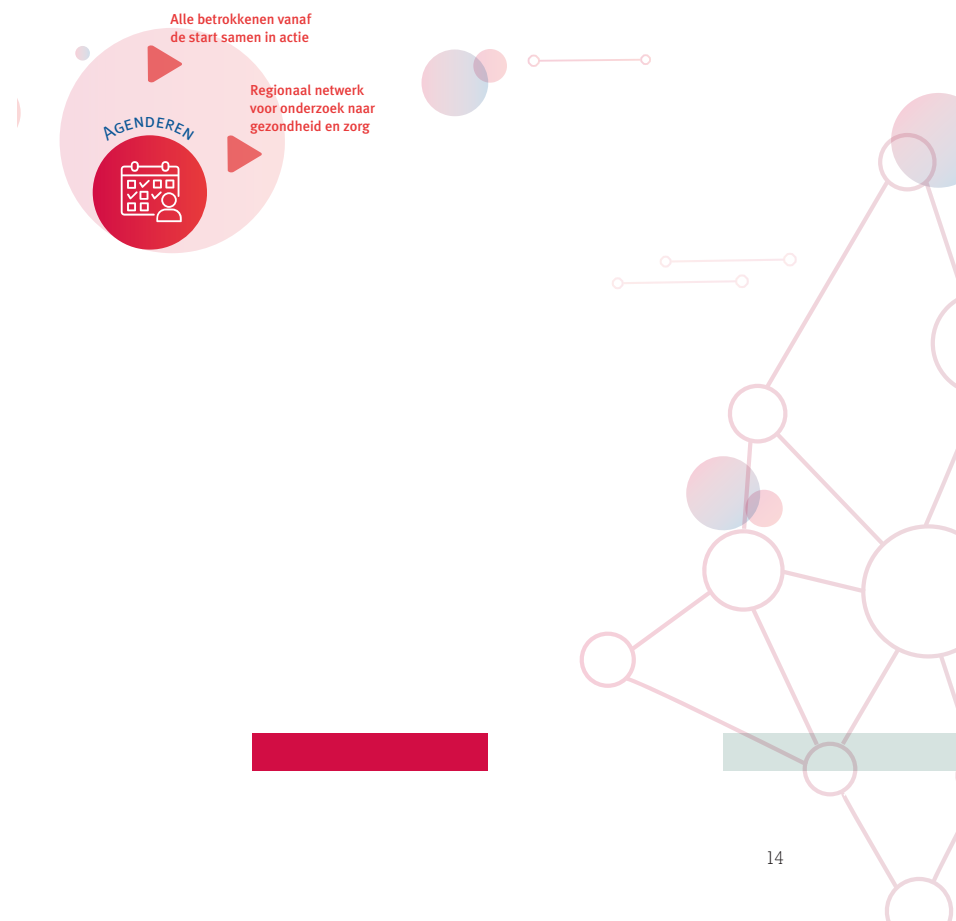
³ NFU Actueel 26 november 2018: NFU geeft impuls aan verandering waarderen en belonen onderzoekers - Samen met NWO, VSNU, ZonMW

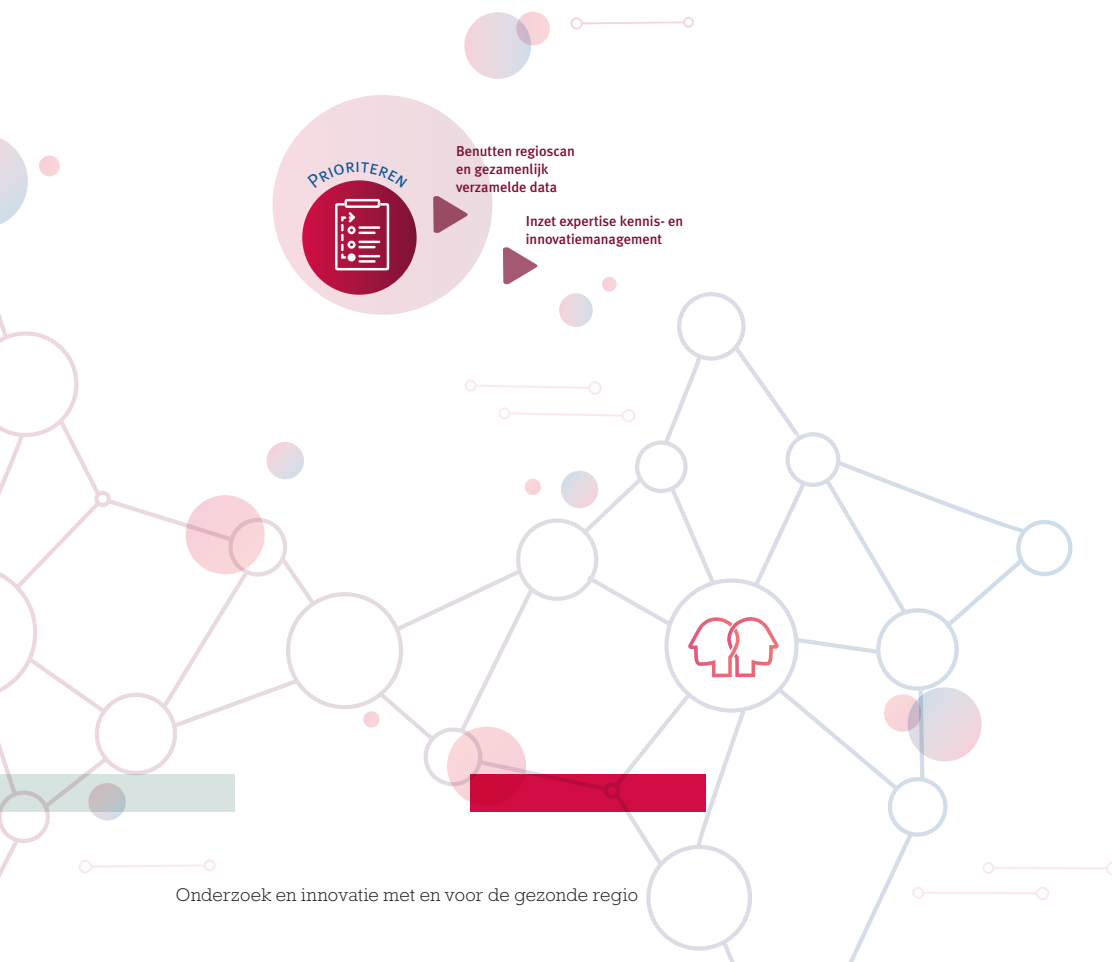
⁴ Onderzoek waarvan je beter wordt, Gezondheidsraad, 2016

⁵ Zie ook: Advies Kennisinfrastructuur Public Health, Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2003 en Onderzoek dat ertoe doet, Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2007

om het bijeen brengen van partijen die elkaar niet vanzelfsprekend ontmoeten, het gaat om ontschotten. Alleen door zo'n samenhangende en gezamenlijke beweging kunnen de vraagstukken worden aangepakt.

De banden met partners worden versterkt en nieuwe aangegaan: burgerinitiatieven, patiënten(organisaties), lokale overheden, andere zorgaanbieders (ziekenhuizen, ggz-organisaties, verpleeghuizen, revalidatiecentra, huisartsen, wijkverpleegkundigen, paramedici) en GGD'en, en ook met onderzoekers uit universiteiten en hogescholen uit andere disciplines (economie, sociale wetenschappen, geesteswetenschappen, verplegingswetenschappen, paramedische wetenschappen), kennisinstellingen en andere professionals zoals klinisch technologen, datawetenschappers en bestuurskundigen.





Dit plan beschrijft hoe de regionale samenwerking rond onderzoek en innovatie de komende jaren verdiept en vernieuwd wordt, de ervaringen uit de afgelopen jaren benuttend. Het plan gaat specifiek in op de rol van het umc, vanuit haar rol in de regionale zorg- en kennisketen en met haar expertise op het gebied van onderzoek – in de volle breedte. De umc's gaan faciliterend werken voor onderzoek en innovatie in de regio met nadruk op duurzame gezondheidszorg en preventie.

LEESWIJZER

Hoofdstuk 1 beschrijft de werkwijze in de regio. Hoofdstuk 2 benoemt de randvoorwaarden voor regionale samenwerking. Hoofdstuk 3 beschrijft welke ontwikkelingen binnen de umc's, universiteiten en hogescholen in gang worden gezet teneinde deze impuls en de bijbehorende methodologische en infrastructurele innovaties te stimuleren en de wetenschappelijke kwaliteit te borgen en monitoren. Hoofdstuk 4 gaat in op de financiële middelen.



Innovatiecyclus



De beweging, waarbij de umc's hun maatschappelijke rol actief inzetten met en voor de regio is al een tijdje gaande. Voorbeelden van regionale samenwerkingsverbanden zijn in dit plan opgenomen. Voor meer voorbeelden zie www.nfu.nl.

1. Academie met en voor de regio: naar regionale co-creatie voor gezondheid

1.1 Regionale netwerken in zorg⁶, onderwijs en onderzoek

Gezondheidszorg en gezondheidsonderzoek zijn in beweging, mede in reactie op maatschappelijke uitdagingen zoals vergrijzing en sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De relatie tussen zorgverlener en patiënt, en ook tussen burger en overheid verandert, waarbij eigen regie en eigen inbreng sleutelwoorden zijn. Door de zorgtransities van de afgelopen jaren hebben gemeentelijke overheden meer verantwoordelijkheden gekregen op het gebied van preventie, zorg en welzijn. Om deze veranderingen vorm te geven, komen netwerken tot stand die de grenzen van instellingen overstijgen en waarin de burger en patiënt belangrijke partners zijn. Ook de umc's zijn zich de afgelopen tijd meer gaan richten op de regio om hen heen, zowel in de zorg als in onderwijs en onderzoek.

Een groeiend aantal regionale samenwerkingsverbanden tussen umc's en andere zorgaanbieders richt zich op optimale zorg, zoals de regionale oncologienetwerken, het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en andere recente ontwikkelingen rond 'de juiste zorg op de juiste plek'. Sinds 2002 werken umc's in regionale Onderwijs en Opleidingsnetwerken (OOR's) samen met partnerziekenhuizen aan een optimale invulling van het initiële geneeskunde-onderwijs, de medische vervolgopleidingen en verpleegkundigenopleidingen. Ook in het onderzoek zijn in de afgelopen jaren samenwerkingsverbanden in de regio tot stand gekomen, zoals de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, Ouderenzorg (gestimuleerd door het Nationale Programma Ouderenzorg van het ministerie van VWS) en huisarts- en verpleeghuisnetwerken. De acties in dit plan zijn erop gericht om de netwerkvorming op het gebied van onderzoek en innovatie een krachtige impuls te geven.

⁶ 'Zorg' wordt in dit plan meestal gebruikt in de breedste zin des woords: *cure, care, public health/preventie en zelfs welzijn*.

1.2 Praktische samenwerking: regionale netwerken voor gezondheid en zorg

We willen de samenwerking in de regio voor de innovatie van preventie, gezondheid en zorg versterken. Daartoe zijn structuren nodig waarin regionale praktijk en onderzoek elkaar kunnen ontmoeten. Deze netwerken (het is aan de regio om deze netwerken c.q. structuren een naam te geven) werken straks naast en met de reeds bestaande algemene en meer specifieke samenwerkingsverbanden ('werkplaatsen') op het gebied van onderzoek en onderwijs.

Actie 1. In 2019 start elke regio een regionaal netwerk voor onderzoek naar en innovatie van duurzame gezondheidszorg en preventie. Het umc neemt het initiatief en betreft partners uit de regio, waaronder burgers, patiënten, zorginstellingen, overheden, verzekeraars, kennisinstellingen en bedrijfsleven.

Actie 2. Het regionaal netwerk stelt interactief een (dynamische) kennis- en innovatieagenda op, met ook aandacht voor de benodigde investeringen. Eind 2019 is een regionale agenda op hoofdlijnen gereed, in 2020 is de kennis- en innovatieagenda in uitgewerkte vorm beschikbaar.

Het umc vervult – in ieder geval bij de start – een sterke initiërende en faciliterende rol in de netwerken. De umc's zoeken daartoe actief de verbinding met partijen in hun regio, zodat alle gezamenlijk bijdragen aan het verbeteren van de gezondheid en de zorg in de regio. De Raad van Bestuur van het umc is hiervoor verantwoordelijk en wijst daartoe één lid aan als uitvoerder. Elke regio bepaalt haar eigen structuur, passend in de regionale cultuur en verhoudingen. Regionale zorg- en *public health*-instellingen (of een selectie daarvan), de lokale overheden, kennisinstellingen, burgers, patiënten en bedrijfsleven nemen in elk geval deel aan het netwerk. Gemeenten en provincies hebben de taak om de gezondheid van hun inwoners te bewaken, beschermen en bevorderen en zijn hier actief in. Ook zorgverzekeraars sluiten – vanzelfsprekend – aan⁷. Samenwerking met de ziekenhuizen wordt geïntensiveerd.

Er wordt door co-creatie samengewerkt. Samen richten de samenwerkingspartners zich op de volgens hen urgente regionale opgaven en gaan op zoek naar een passend antwoord. Zij zetten onderzoeks- en zorgvernieuwingsactiviteiten in gang, toegespitst op de problematiek van de regio. Zo ontwikkelen zij (innovatieve) oplossingen op het terrein van zorg, gezondheid en preventie. Betrokkenheid vanaf de prille start van partners uit de praktijk ('eindgebruikers', dus ook burgers en patiënten) is daarbij cruciaal om de juiste onderzoeksvragen op tafel te krijgen. Ook kunnen zij eraan bijdragen dat in de operationalisering van de onderzoeksvraag en de uitvoering van het onderzoek de relevantie voor de praktijk behouden blijft. Het realiseren van impact, van implementatie en

⁷ Ambitie 2025, De visie van zorgverzekeraars op de toekomst van de zorg en hun eigen rol daarbij; verbinden-vertrouwen-vernieuwen. Zorgverzekeraars Nederland, september 2017

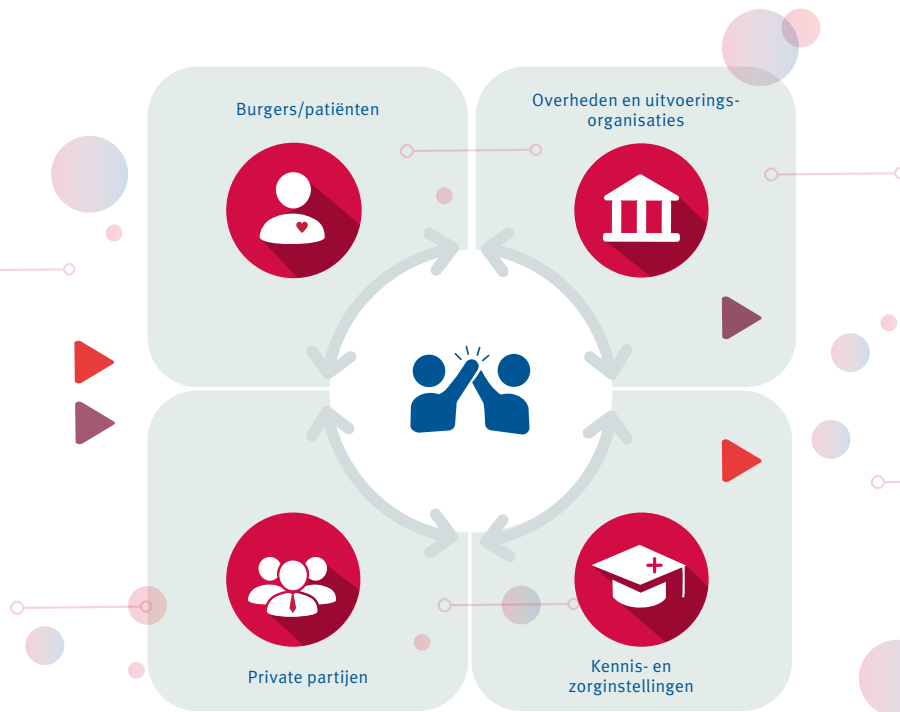
innovatie staat vanaf de start centraal. Er wordt hierbij geleerd van onder meer de lessen uit het Doelmatigheidsonderzoek van ZonMw⁸.

PASSEND ONDERZOEK

In samenwerking met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties en burgerinitiatieven bepalen partijen welke acties nodig zijn. Waar het onderzoeksvragen betreft, vertalen partijen de praktijkvragen in toetsbare vraagstellingen voor onderzoek (zie kader in hoofdstuk 2 voor een innovatiecyclus die doorlopen kan worden). Zij maken daarbij gebruik van het ruime arsenaal aan methodologische kennis dat bij de umc's, de universiteiten en bij instellingen aanwezig is, en van relevante disciplines, waaronder ook sociale wetenschappen, bestuurskunde, mathematische (*data science*) en economische wetenschappen. Zo wordt passend onderzoek opgezet op een passende plek. Het kan ook zijn dat de kennis al wel beschikbaar is, maar niet wordt benut. Het netwerk onderneemt dan randvoorwaardelijke, bestuurlijke, juridische of andere acties om de implementatie in gang te zetten.

DUURZAAM NETWERK

Het opbouwen van een onderzoeks- en innovatiegemeenschap met een onderlinge vertrouwensrelatie, het ontwikkelen van een gemeenschappelijke 'taal' en een gedeelde agenda vergen langdurige en consistente inzet van alle betrokkenen. Er is bestuurlijk commitment nodig van alle partijen, dat is vastgelegd en dat bij wisseling van bestuur expliciet wordt overgedragen. Gezamenlijk bouwen de partners zo een duurzaam netwerk. In veel gevallen is een cultuuromslag nodig: echt met elkaar aan de slag gaan om de urgente vragen die spelen buiten de muren van de ziekenhuizen te *tackelen*, daarbij alle creativiteit, kennis en kunde benutten en financiële middelen bundelen. Dit vraagt leiderschap van elke deelnemende partij en van elke deelnemer. Het vraagt denken buiten de bekende kaders en ruimte geven aan experimenten.



Samen voor gezondheid

⁸ www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/implementatie/

1.3 De rol van de burger/patiënt

De inbreng en het perspectief van burgers respectievelijk patiënten is in deze netwerken onmisbaar. De regionale netwerken gaan op zoek naar manieren om burgers en patiënten structureel te betrekken. Per regio wordt bekeken welke bestaande en zich ontwikkelende initiatieven er zijn, zoals burgercoöperaties, burgerfora of initiatieven rond *citizen science*. Voor preventie en *public health* bestaat immers niet direct een patiëntenorganisatie. Wanneer het om zorg gaat, krijgen patiëntenorganisaties een belangrijke plaats om mee te denken over de problemen waar zij tegenaan lopen, welke innovaties gewenst zijn en de onderzoeksvragen die dat oplevert. De verwachting is dat zo ook alledaagse (en veel voorkomende) gezondheidsvragen en preventievraagstukken op tafel komen. Voor duurzame betrokkenheid van burgers en patiënten is overigens ondersteuning met trainingen en vergoedingen essentieel.

1.4 Regioscan en infrastructuur

Voor het opstellen van een regionale kennis- en innovatieagenda, het uitvoeren van deze agenda en het evalueren van innovaties moeten de netwerken kunnen beschikken over zo veel mogelijk relevante data uit de regio (een regioscan, compleet met trendanalyses en scenario's). Het gaat hier om routinezorgdata uit verpleeghuizen, wijkverpleging, GGZ, *public health*, jeugdzorg, verloskundige praktijken, eerste lijn (de meeste huisartseninformatiesystemen beschikken over meer dan 15 jaar *follow-up* van patiënten) en tweede lijn, maar ook sociaaleconomische gegevens, consumptiepatronen, omgevingskenmerken, indicatoren voor leefstijl en gedrag en andere

data. Al deze gegevens zijn vaak wel beschikbaar, maar moeten zorgvuldig (geanonimiseerd) gecombineerd, gereed gemaakt, gecontroleerd op volledigheid en kwaliteit en geanalyseerd worden. Gemeenten, GGD'en en huisartsen spelen een cruciale rol, ze beschikken over veel data en soms ook over trendanalyses. Gegevens zijn soms persoonlijk, soms lokaal, soms regionaal en soms landelijk (CBS, RIVM, verzekeraars) beschikbaar.

1.5 Nieuwe vormen van publiek-private samenwerking

Bedrijven kunnen op verschillende manieren interessante partners zijn voor innovatie en maatschappelijk georiënteerd gezondheidsonderzoek. Vaak lopen de belangen parallel, bijvoorbeeld bij ontwikkelaars van *e-Health* toepassingen en bij preventieve activiteiten binnen een bedrijf. Soms ligt de relatie complexer, zoals bij samenwerkingsverbanden met voedingsmiddelenbedrijven bij initiatieven tegen overgewicht. De umc's hebben ervaring met publiek-private samenwerking (onder andere in contractresearch en valorisatie). De samenwerking met bedrijven in de hier bedoelde context vraagt om een nieuwe oriëntatie op zulke samenwerkingsverbanden. Gezamenlijke ambitie en eigenaarschap om de vraagstukken aan te pakken zijn het credo, natuurlijk ieder vanuit de eigen rol, met heldere afspraken en een goede contractuele onderbouwing. Ondersteuning vanuit de private sector, Health Holland Topsector Life Sciences and Health en de Kennis Transfer Offices van de umc's, de universiteiten en de hogescholen is hierbij van belang.⁹

⁹ www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/12/11/kamerbief-beleidsreactie-op-de-evaluatie-van-het-valorisatieprogramma

DATA-INFRASTRUCTUREN

De NFU is mede-initiatiefnemer van vele, nationale samenwerkingen op het gebied van data, waaronder Health-RI (Health Research Infrastructure)¹⁰, en het Citrien-programma (waarbinnen onder andere wordt gewerkt aan *e-Health*¹¹ en Registratie aan de bron¹²). Door de ontwikkeling van nieuwe methoden voor het combineren, controleren en analyseren van omvangrijke¹³, en met name diverse datasets (inclusief beelden en monsters), ontstaan vele nieuwe (versnellings) mogelijkheden voor onderzoek en innovatie op het gebied van preventie en gezondheidszorg in de volle breedte. Het gaat enerzijds om innovaties en interventies op maat (*personalised medicine* en *personalised* preventie), anderzijds om aanpassingen in de fysieke omgeving en de sociale omgeving met een gunstig effect op gezondheid. Ook de Open Data Infrastructure for Social Science and Economic Innovations (ODISSEI), die onderzoekers in de sociale wetenschappen toegang geeft tot grootschalige en longitudinale dataverzamelingen die gekoppeld zijn aan CBS-registraties, kan een impuls geven.

Om de nieuwe ontwikkelingen mogelijk te maken, is het essentieel dat data vindbaar, toegankelijk, koppelbaar en herbruikbaar zijn (FAIR¹⁴). Uiteraard moet daarbij verantwoord worden omgegaan met data, onder

meer rekening houdend met de ethische aspecten zoals privacy.

Een vermeldenswaardig initiatief betreft het platform van Health-RI, waarbinnen vele partijen zichzelf georganiseerd hebben met een gezamenlijk aanbod aan diensten en nauw samenwerken aan de condities om onderzoekers en andere professionals te ontzorgen. Health-RI faciliteert en stimuleert optimaal gebruik van gezondheidsdata, beelden en monsters. Health-RI levert de kennis, tools en ondersteuning¹⁵ om informatie op een efficiënte en verantwoorde wijze te delen, ook buiten de muren van de eigen organisatie en ondanks variaties in systemen. Hierdoor kunnen burgers, zorgverleners en onderzoekers de beste beslissingen nemen over ziekte en gezondheid.

Een belangrijke bijdrage aan de privacy is het concept van de Personal Health Train (PHT¹⁶), geïnitieerd door het Dutch Techcentre for Life Sciences (DTL), waarbij de analyse naar de data wordt gebracht in plaats van andersom. De data blijven bij de bron, de 'trein' van de analyse gaat langs de verschillende databronnen ('stations') en de onderzoeker krijgt wel de conclusie, maar geen inzage in persoonsgebonden data. De eigenaar van de data houdt controle over de data doordat deze de eigen regels bepaalt voor het 'station'.

¹⁰ www.health-ri.org/

¹¹ www.citrienfonds.nl/e-health/

¹² www.citrienfonds.nl/registratie-aan-de-bron/

¹³ www.knaw.nl/nl/actueel/publicaties/big-data-in-wetenschappelijk-onderzoek-met-gegevens-over-personen

¹⁴ FAIR data zijn Findable, Accessible, Interoperable en Reusable, zie onder andere www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/toegang-tot-data/fair-data/

¹⁵ www.health-ri.org/services

¹⁶ www.dtls.nl/fair-data/personal-health-train/



Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg

IN HET KORT

De Academische Werkplaats Ouderenzorg Zuid-Limburg (AWO-ZL) is een samenwerkingsverband tussen zeven zorgorganisaties voor langdurige ouderenzorg en drie kennisinstellingen. Doel is om via wetenschappelijk onderzoek bij te dragen aan de verbetering van: 1) de kwaliteit van leven van ouderen, 2) kwaliteit van zorg en 3) kwaliteit van het werk.

SAMENWERKINGSVERBAND

- Zorgorganisaties: Meandergroep Zuid-Limburg, Sevagram, Envida, Cicero Zorggroep, Zuyderland, Vivantes, MosaeGroep.
- Kennisinstellingen: Gilde Zorgcollege (mbo), Zuyd Hogeschool (hbo) en MUMC+ en Universiteit Maastricht (UM).
- Kennisinstelling Arcus/Leeuwenborg (mbo) heeft aangegeven in 2019 graag te willen aansluiten.

INITIATIEF

MUMC+, UM en MeanderGroep Zuid-Limburg.

WERKWIJZE

De werkplaats bouwt bruggen tussen onderzoek en praktijk en tussen zorg- en kennisorganisaties, onder meer via duobanen (*linking pins*). In de AWO-ZL zijn medewerkers van de universiteit gedetacheerd naar alle zorgorganisaties en medewerkers (verpleegkundigen, paramedici, artsen, docenten, lectoren) vanuit zorgorganisaties, mbo en hbo naar de universiteit. Samen werken ze binnen thema's aan onderzoeksprojecten die worden getoetst en geïmplementeerd waarbij het hele pallet aan onderzoeksmethoden, afgestemd

op de onderzoeksvragen, wordt toegepast. Alle activiteiten binnen de AWO-ZL zijn multidisciplinair.

Kerndisciplines (grotendeels vertegenwoordigd via leerstoelen) zijn de Verplegingswetenschap, Ouderengeneeskunde, Sociale Gerontologie, Ouderenzorg, Psychologie, Ergo- en Fysiotherapie. Ook zijn cliëntvertegenwoordigers structureel bij de AWO-ZL betrokken en wordt samengewerkt met de Raad voor Ouderen. In de diverse onderzoeksprojecten wordt verder samengewerkt met regionale ketenpartners zoals zorgvragers en belangenbehartigers, huisartsen, ziekenhuis, GGZ, gemeenten en het Midden- en Kleinbedrijf (MKB). Landelijke stakeholders zijn de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN), Verenso, Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) en het ministerie van VWS.

FINANCIERING

Het MUMC+ en UM financieren de coördinatie van de werkplaats, onderzoek via de eerste geldstroom (*in kind* – U(H)Ds en hoogleraren)

• “Aan elke zorginstelling is een
• gepromoveerde senior onderzoeker
• van het MUMC+ verbonden en deze
• vervult een *linking pin* tussen de
• zorg- en kennisinstelling. Dit betekent
• dat de onderzoekers samen met de
• mensen uit het werkveld oplossingen
• voor de problemen van de toekomst
• bedenken, en deze vervolgens
• toetsen. Toepassing in de praktijk
• gebeurt door de professionals zelf.”

• Jan Hamers,
• hoogleraar Ouderenzorg, MUMC+

en de werkplekken voor de externe promovendi van de AWO-ZL partners (zorgorganisaties en kennisinstellingen). De AWO-ZL partners financieren de duobanen (*in cash*) en de medewerkers betrokken bij de verschillende projecten (*in kind*). De onderzoeksprojecten worden uitgevoerd via externe financiering (onder andere ZonMw, EU KP7/Horizon2020, Provincie Limburg, het ministerie van VWS, CZ). In 2017 heeft het ministerie van VWS besloten om, op basis van de *past performance*, de AWO-ZL (en vijf andere Academische Werkplaatsen Ouderenzorg verenigd in SANOS) te gaan co-financieren.

GOVERNANCE

Een bestuurlijk overleg (hoogleraren, UM-coördinator AWO-ZL en bestuurders partnerorganisaties) stelt op hoofdlijnen de activiteiten voor het komende jaar vast alsmede het thema van het jaarlijks AWO-ZL symposium dat bij toerbeurt wordt gehost door een AWO-ZL partner. De dagelijkse leiding (coördinatie onderzoek en gerelateerde activiteiten) is in handen van de AWO-ZL voorzitter (hoogleraar UM) en wetenschappelijk coördinator die worden bijgestaan door een dagelijks bestuur.

RESULTATEN

Een aantal voorbeelden van concrete opbrengsten van de innovaties en onderzoeken zijn:

- Forse vermindering van toepassing van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen.
- Nieuwe wet zorg en dwang mede door onderzoeken binnen de Academische Werkplaats Ouderenzorg.
- Landelijke Prevalentiemetingen Zorgkwaliteit en relevante zorgproblemen zoals ondervoeding en decubitus (LPZ).
- Inzicht in effectieve vormen van Geriatrische Revalidatie (GRZ).
- Nieuwe inzichten in de belasting van mantelzorgers in Limburgse thuiszorg en verpleeghuiszorg in vergelijking tot die in andere Europese landen.
- Jaarlijks circa € 1.500.000 wervend vermogen, 3 proefschriften, 45 WI-1 publicaties, 50 wetenschappelijke *abstracts* en *keynotes*.



HartNet Noord-Nederland

IN HET KORT

In Groningen en Drenthe is in juli 2018 HartNet Noord-Nederland opgericht. Doel is de kwaliteit van de hartzorg te verbeteren en te garanderen (ondanks een stijging in volume), de kostenbeheersing en het belang van de hartzorg regionaal anders in te richten. Uitgangspunt hierbij is: de inwoners van Groningen en Drenthe krijgen de benodigde optimale hartzorg zo dicht mogelijk bij huis, waarbij huisartsen samen met cardiologen verantwoordelijk zijn voor deze hartzorg.

Deze netwerkorganisatie van patiënten, huisartsen, cardiologen uit de regionale ziekenhuizen en het UMC Groningen (UMCG) wordt ondersteund door de zorgverzekeraars.

INITIATIEF

Het UMCG samen met het Martini ziekenhuis, het Ommelander Ziekenhuis Groningen, het Wilhelmina Ziekenhuis Assen, de Treant ziekenhuizen Stadskanaal, Emmen en Hoogeveen, de Groninger Huisartsen Coöperatie, de Drentse Huisartsen Coöperatie en de patiëntenverenigingen Harteraad, Zorgbelang Groningen en Zorgbelang Drenthe.

WERKWIJZE

HartNet betreft samenwerkingsafspraken op vier gebieden:

1. Regionale zorgpaden

In samenspraak met (hart)patiënten zijn regionale zorgpaden, van eerste naar tweede naar derde lijn en vice versa, ontwikkeld voor alle grote groepen hart- en vaatziekten (atriumfibrilleren, hartfalen, coronairlijden, hartkleplijden), waarbij het uitgangspunt van optimale hartzorg is dat de zorg waarde moet toevoegen voor de patiënt. Optimale hartzorg betreft dus niet enkel en alleen

het voorkomen van sterfte aan een hartaandoening of complicaties van interventies, maar ook de kwaliteit van leven, herstel na interventies en toegang tot zorg.

2. Gezamenlijke kwaliteitsdatabase

De kwaliteit van de hartzorg zoals geboden binnen de regionale zorgpaden wordt gemeten aan de hand van verplichte Nederlandse Hart Registratie (NHR) en IGJ-indicatoren, aangevuld met door de patiënt gerapporteerde uitkomsten metingen (PROM) en patiënt gerapporteerde ervaringen metingen (PREM). Data wordt opgeslagen in een gezamenlijke kwaliteitsdatabase.

3. Zorginnovaties

Zorginnovaties worden als proefproject geëvalueerd binnen de HartNet-samenwerking en ervaringen gemeten en gerapporteerd aan de andere HartNet-partners. Indien succesvol wordt de zorginnovatie geïmplementeerd in het regionale zorgpad. Zorginnovaties die inmiddels in regionaal zorgpad zijn ingebouwd zijn: gebruik hartritme-monitors door huisartsen (MyDiagnostick®) en chatfunctie in huisartseninformatiesystemen

• “Het is mooi dat partijen de handen
• ineen hebben geslagen met als
• doel de kwaliteit van zorg en leven
• van hartpatiënten in regio Noord
• te verbeteren. In het Noorden is
• het aantal mensen met een hart-
• of vaataandoening hoger dan in
• andere delen van het land en is er
• nog meer winst te halen met het
• beter organiseren van de zorg.”
•
• **Hans van Laarhoven,**
• **Harteraad**

(VIP-live®). Telemonitoring van hartfalen patiënten, gebruik pulmonale druksensor en ‘Samen beslissen in de spreekkamer’ worden momenteel geëvalueerd.

4. Wetenschappelijk onderzoek

Het streven is zoveel als mogelijk op te treden als één (virtueel) onderzoekscentrum, waarbij kennis en expertise, vanuit UMCG gecombineerd wordt met de inclusie van hartpatiënten in de regionale ziekenhuizen wat betreft hoog volume, laag-complexe hartaandoeningen. Speerpunten van het wetenschappelijk onderzoek zijn: het verbeteren van de (vroeg) detectie van hartziekten, optimalisatie van behandelingen, en verbetering van klachten en prognose van patiënten met hartziekten. Binnen HartNet wordt de onderzoeksagenda geëvalueerd en bijgesteld door participatie van patiënten, huisartsen en cardiologen.

FINANCIERING

De regionale samenwerkingen binnen de hartzorg worden vergoed vanuit de bestaande zorgdeclaratiessystematiek, in overleg met zorgverzekeraars. Voor het uitvoeren van onderzoek wordt op projectbasis externe financiering via NWO, ZonMw en de Hartstichting aangevraagd.

GOVERNANCE

Alle Raden van Besturen van de ziekenhuizen hebben de intentieverklaring getekend. Zorgverzekeraars en de huisartsen coöperaties hebben een adhesiebetuiging ondertekend. HartNet wordt bestuurd door een medisch team en een team zorgmanagers, bestaande uit een afgevaardigde zorgprofessional en zorgmanager per partner. Patiëntenorganisaties worden geconsulteerd voor elk regionaal zorgpad. Een structurele klankbordgroep wordt opgezet.



Academische Werkplaats Verzekeringsgeneeskunde

IN HET KORT

De Academische Werkplaats Verzekeringsgeneeskunde is een samenwerking tussen drie umc's en het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Doel is professionalisering van UWV-verzekeringsartsen en ontwikkeling van verzekeringsgeneeskundige kennis en instrumenten, zodat *evidence-based* handelen en het werkplezier van de professionals verder toeneemt.

De divisie Sociaal Medische Zaken (SMZ) van het UWV coördineert de werkplaats. Voor praktische uitvoering van projecten in deze werkplaats zijn landelijke regio's (elf districten) verdeeld over de partijen die actief zijn in het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG): het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Amsterdam UMC (locatie AMC), de afdeling Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam UMC (locatie VUmc).

INITIATIEF

AMC, UMCG, VUmc en UWV.

WERKWIJZE

De academische werkplaats is een praktische operationalisering van het begrip academisering: door samenwerking tussen ten minste één praktijkorganisatie (UWV kantoor/district) en één universitaire afdeling wordt gegenereerde kennis vertaald in praktisch bruikbare producten, diensten en instrumenten. Het UWV dient enerzijds als bodem voor het ophalen van relevante praktijkproblemen en leverancier van data en anderzijds als plek voor het valoriseren

van kennis. De samenwerking tussen UWV en de umc's (binnen het KCVG) richt zich op het bevorderen van de kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde door het ontwikkelen en wetenschappelijk evalueren van methoden, richtlijnen, hulpmiddelen en interventies voor de verzekeringsgeneeskunde die verzekeringsartsen in de praktijk kunnen gebruiken. Hiernaast is het streven om de verzekeringsgeneeskunde beter aan de orde te laten komen in het onderwijs aan studenten geneeskunde en basisartsen in opleiding tot verzekeringsgeneeskundige.

FINANCIERING

UWV financiert de coördinatie van de werkplaats en promovendi (6 fte), senior onderzoekers (6 fte), onderzoeksassistentie (3 fte) en het secretariaat (1 fte). De drie umc's financieren via de eerste geldstroom de universitaire leiding van de werkplaats/ KCVG (*in kind*, inzet zes hoogleraren) en de werkplekken voor senior onderzoekers, promovendi, onderzoeksassistenten en het secretariaat. Daarnaast worden er onderzoeksprojecten uitgevoerd via externe financiering (onder andere Instituut GAK).

“Wij vinden dat mensen met gezondheidsklachten de kans moeten krijgen om te participeren in werk. Waarom? Omdat werk bijdraagt aan gezondheid, kwaliteit van leven en het een zinvolle bijdrage aan de maatschappij kan betekenen. Wij willen er aan bijdragen dat mensen met gezondheidsklachten hun arbeidsmogelijkheden zo optimaal mogelijk kunnen benutten.”

Allard van der Beek,
hoofd afdeling Sociale Geneeskunde,
Amsterdam UMC (locatie VUmc)

GOVERNANCE

Elk UWV-kantoor binnen de Academische Werkplaats Verzekeringsgeneeskunde heeft een directe lijn met één van de drie umc's van het KCVG, die altijd wordt bemenst door een lokale coördinator van UWV en een senior onderzoeker van een umc. Centraal kent UWV een landelijke coördinator academisering en is de leiding van het KCVG in handen van een bestuur bestaande uit acht personen: twee hoogleraren van AMC, UMCG en VUmc, en zowel de medisch adviseur als de manager Kennis en Innovatie van UWV. KCVG heeft daarnaast een Raad van Toezicht en kent een Raad van Advies, waarin maatschappelijke stakeholders plaats hebben.

RESULTATEN

Een aantal voorbeelden van concrete opbrengsten van onderzoeken binnen de werkplaats zijn:

- Een voorspelmodel voor relevantie van herbeoordeling na WIA.
- Screeningsinstrument om psychische problemen in beeld te krijgen bij WIA-aanvragers.
- Een signaleringslijst voor verzekeringsartsen met relevante factoren voor arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen van langdurig zieke werknemers.
- EBM-opleiding (*evidence-based medicine*) ontwikkeld en aangeboden aan verzekeringsartsen binnen UWV.
- In totaal zijn er het laatste decennium 18 proefschriften succesvol verdedigd en is een groot aantal nationale vakpublicaties en internationale wetenschappelijke publicaties verschenen.

LOOPTIJD

De inrichting van de UWV-districten als academische werkplaats heeft langzaam vorm gekregen na oprichting van het KCVG in 2005. Inmiddels bevindt het KCVG zich in de derde fase van vijf jaar.

2. Randvoorwaarden regionale netwerken

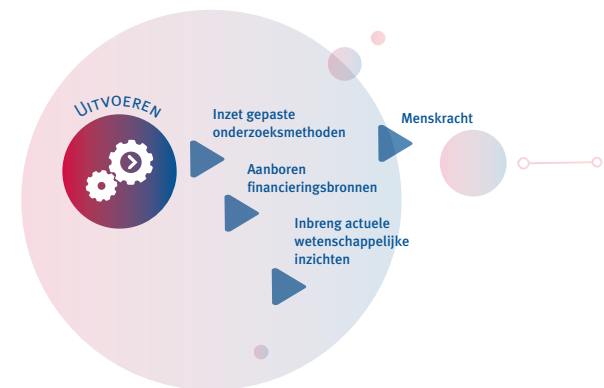
Er bestaat overal in het land al ervaring met regionale netwerkvorming en met bilaterale en multilaterale samenwerkingsverbanden rondom onderzoek tussen umc's en partijen in de regio (zie ook de voorbeelden in dit plan). Het is belangrijk om voort te bouwen op de ervaringen die hierbij in de loop der jaren zijn opgedaan. Daaruit blijkt een aantal belangrijke randvoorwaarden voor succesvolle regionale samenwerking. We onderscheiden drie clusters: algemene randvoorwaarden, voorwaarden die gaan over de betrokken partijen en voorwaarden op het gebied van inhoud en uitvoering.

ALGEMEEN

- Alle betrokken partijen zien de noodzaak van innovatie, preventie- en doelmatigheidsonderzoek en hebben er vertrouwen in dat de coalitie daaraan kan bijdragen.
- Binnen overkoepelende doelen heeft de samenwerking voordelen voor alle betrokkenen. De regiogrootte hangt af van het te adresseren vraagstuk. De idee achter werken in de regio is dat men elkaar ontmoet.
- De regio's verschillen van elkaar in problematiek, uitgangspositie, kansen en cultuur. Een *one size-fits all* benadering is daarom ongewenst.

PARTIJEN

- Burgers c.q. patiënten zitten vanaf de start aan tafel en worden geëquipeerd (training, financiën) om mee te werken.
- Een umc heeft diverse rollen: initiatiefnemer, ondersteuner van de regio met kennis, en deelnemer in het netwerk.
- Er bestaat structurele samenwerking met intra- en extramurale zorgaanbieders, universiteiten en andere kennisinstellingen, gemeenten, verzekeraars, etc.
- Binnen het samenwerkingsverband bestaat voldoende expertise, doorzettingsmacht en financiering voor succesvolle en duurzame implementatie van onderzoek.





- Partijen dragen gezamenlijk zorg voor financiering.
- Deelnemende zorgaanbieders en andere stakeholders in nulde, eerste, tweede en derde lijn krijgen van hun organisatie voldoende ruimte en middelen voor personele en financiële investeringen buiten de eigen muren.
- Het samenwerkingsverband beschikt over voldoende methodologische expertise, menskracht en middelen om de relevante onderzoeksvragen aan te pakken en innovatiedoelen te realiseren.

INHOUD EN UITVOERING

- Er zijn SMART-afspraken vastgelegd over ambitie en doelen, aanpak, structuur, tijdslijnen en governance. Er is een goede coördinator.
- Er is laagdrempelig methodologische en andere wetenschappelijke ondersteuning beschikbaar.
- Er wordt gewerkt aan een structureel aanwezige infrastructuur voor het (FAIR) opslaan en delen van data en onderzoeksresultaten conform de huidige regelgeving, op een manier die de registratielast zo laag mogelijk houdt. Onderzoeksresultaten worden snel gedeeld binnen het samenwerkingsverband en geïmplementeerd en opgeschaald in de regio, en (indien relevant) daarbuiten. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle partijen in het regionale netwerk.
- De implementatie van onderzoeksresultaten en doelmatig bevonden innovaties vindt plaats in de regio én (indien relevant) daarbuiten.
- Goede monitoring vindt plaats, waarbij ook duidelijk wordt waar zich eventuele knelpunten voordoen.
- Elke regio is uniek. Toch zal er overlap zijn in kennis- en innovatieagenda's. Daartoe is het van belang dat eens per jaar een bijeenkomst wordt georganiseerd waarin ervaringen worden uitgewisseld, zodat van elkaar wordt geleerd, en innovatie en lessen ook in andere regio's kunnen worden geïmplementeerd. De regio's 'voeden' elkaar. Onderzoeken en onderzoeksdata kunnen worden gebundeld.

De innovatiecyclus

DE START

De cyclus start met wederzijdse kennismaking van de betrokken partijen, het formuleren van de gemeenschappelijke ambities, het benoemen van eventuele belangentegenstellingen, het schetsen van de context, het organiseren van de randvoorwaarden (in termen van menskracht, financiële middelen, spelregels) en het benoemen van de (benodigde) innovatie-expertise. Vervolgens inventariseren de partijen de urgente maatschappelijke, veelal multidisciplinaire, regionale vraagstukken.

AGENDEREN

Op grond van de maatschappelijke vraagstukken worden relevante onderzoeksvragen (zowel groot als klein) geformuleerd. Vragen kunnen afkomstig zijn uit de preventie- en zorgpraktijk in de regio en uit de data van onder meer de burgers zelf, zorgaanbieders, gemeenten, GGD'en, JGZ-instellingen en bedrijfsartsen. Diverse



landelijke beroepsorganisaties (huisartsen, paramedici, forensische geneeskunde, revalidatiegeneeskunde, verloskundigen) hebben kennisagenda's¹⁷ opgesteld die in de regio met elkaar verbonden kunnen worden. Dit geldt ook voor kennisagenda's opgesteld door wetenschappelijke verenigingen¹⁸, patiëntenorganisaties¹⁹ en de kennisagenda's in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda, met name de kennisagenda 'Preventie'²⁰. Relevante thema's op tafel krijgen zal voor een belangrijk deel 'vanzelf gaan'; burgers en patiënten laten meedenken vraagt daarnaast ook nieuwe, nog deels onbekende wegen.

PRIORITEREN

De regionale gemeenschap moet vervolgens prioriteiten aanbrengen in de set van onderzoeksvragen. Dit zal geen sinecure zijn, gezien de uiteenlopende belangen van partijen. De kunst zal zijn het belang van het collectief, en de meest urgente maatschappelijke uitdagingen, boven het belang van een



enkele stakeholder te stellen. Daarbij gelden als belangrijke criteria het betaalbaar en uitvoerbaar houden van de zorg, het streven naar duurzame gezondheidszorg en effectieve brede preventie en zo veel mogelijk tegemoet komen aan de wens van de gebruiker. De analyse van gezamenlijk verzamelde data (Regioscan, zie 1.4) kan houvast bieden in de discussies rond prioritering. Umc's, universiteiten en hogescholen zullen hiertoe ook hun expertise inzetten, inclusief hun *know how* op het gebied van netwerkontwikkeling en kennis- en innovatiemanagement.

UITVOEREN

Als uit het proces van inventariseren en prioriteren een regionale kennis- en innovatie-agenda is voortgekomen en deze is afgestemd op de landelijke ontwikkelingen²¹, wordt in het netwerk vastgesteld hoe de vragen worden opgepakt, welke data en databronnen nodig zijn, welke methoden van dataverzameling, -verwerking en -analyse nodig zijn en wie zorgt dat de uitkomsten van het onderzoek



17 www.nhg.org/actueel/nieuws/beroepsgroepen-eerstelijnszorg-bieden-negen-kennisagendas-aan

18 www.demedischspecialist.nl/kennisinstituut/kennisgebied/kennisagendas

19 Bijvoorbeeld: <https://mindplatform.nl/nieuws/mind-kennisagenda-top-10-onderzoeksprioriteiten-vestiged>

20 <https://publicaties.zonmw.nl/kennisagenda-preventie-2018/>

21 Waaronder bijvoorbeeld Zorgevaluatie en gepast gebruik, ZiN, 2018

daadwerkelijk leiden tot innovaties en toepassingen. Soms zal het umc een belangrijk deel van deze taken voor zijn rekening nemen, bij andere onderzoeksvragen zal het umc vooral faciliterend zijn, bijvoorbeeld op het gebied van methodologie, het schrijven van een subsidieaanvraag en/of het leggen van contacten met onderzoekers in andere kennisinstellingen. Ook zal het regelmatig voorkomen dat professionals uit de praktijk het onderzoek verrichten en de innovatie realiseren, samen met een onderzoeksgroep uit het umc, bijvoorbeeld in het kader van een wetenschappelijk promotietraject. Patiënten en burgers kunnen daarnaast natuurlijk zelf via *citizen science* tot innovaties komen.

VERSPREIDEN

Duurzame zorgsystemen die continu verbeteren is de ambitie. Om dat te realiseren is het uiteraard van groot belang dat belanghebbenden optimaal profiteren van de uitkomsten. Dit kan via verschillende soorten



publicaties, maar ook via vele andere wegen zoals nascholingen, bijeenkomsten, richtlijnen en (regionale) afspraken. Wetenschappelijke publicaties over de onderzoeksresultaten moeten zonder drempels toegankelijk zijn voor iedereen (FAIR en *Open Access/ Open Science*). Een publicatie in een Nederlandstalig tijdschrift, of zelfs een huis-aan-huisblad of regionale krant kan voor de maatschappelijke impact in de regio meer waarde hebben dan een artikel in een internationaal vaktijdschrift. Ook andere communicatiemiddelen zijn nodig, zoals de (digitale) media van patiëntenorganisaties publieksbijeenkomsten, stands tijdens festivals, en diverse sociale media strategieën. Uiteraard sluiten deze opties elkaar gezamenlijk uit en blijft het voor een wetenschapper en/of een onderzoeksteam van belang om onderzoeksresultaten ook nationaal en internationaal te delen en daarin te excelleren.

IMPLEMENTEREN

Implementeren gaat niet vanzelf.



ZonMw heeft in het programma Doelmatigheidsonderzoek veel ervaring opgedaan met het implementeren van doelmatige interventies in de praktijk.²² Het vraagt bijvoorbeeld actieve aandacht van alle betrokkenen, elk vanuit zijn eigen rol, evenals – vanaf de start – systematische aandacht voor de praktijk waarin de innovatie uiteindelijk plaatsvindt. Implementatie vraagt een reeks geplande, bewuste activiteiten die gericht zijn op het in de praktijk brengen van *evidence-informed* beleid en handelingen in de dagelijkse praktijk.

MONITOREN EN EVALUEREN

Cruciaal om de cyclus te ‘sluiten’ zijn monitoring van de effecten en de evaluatie, leidend tot nieuwe vraagstukken. De eindgebruiker (veelal patiënt, burger en ook zorgprofessional, etc.) wordt in alle fasen actief betrokken, zodat er genoeg feedback beschikbaar is voor deze fase. Niet zelden zal de cyclus dan weer beginnen.



²² www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/doelmatigheidsonderzoek/implementatie/



LUMC-Campus Den Haag

IN HET KORT

Het LUMC-Campus Den Haag samenwerkingsverband is begin 2016 gestart en ingebed bij de zeven andere Leidse faculteiten die tevens in Den Haag gevestigd zijn, met onder meer ook een groep uit TU Delft. Er vindt in vier programma's (*Public Health* en eerste lijn, Transmurale zorg, OOR en Methoden) een toenemend aantal onderwijs- en onderzoeksactiviteiten plaats.

SAMENWERKINGSVERBAND

- Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), de Universiteit Leiden, HAGA ziekenhuis (locaties Leyweg en Sportlaan), HMC+ (Antoniusshove, Bronovo en Westeinde) en de GGD Haaglanden en gemeente Den Haag.
- GGZ-instelling Parnassia en met de eerstelijns zorggroepen in Haaglanden, inmiddels gebundeld in HADOKs.
- Ingebed bij de zeven andere Leidse faculteiten die tevens in Den Haag gevestigd zijn, met onder meer ook een groep uit TU Delft.

Het thema *Population Health Management* is leidend bij de ontwikkeling en het aanbod van diverse *master-* en *postgraduate courses*, bij de nevenvestiging van de huisartsopleiding, een tiental promotietrajecten, interdisciplinaire samenwerking, opbouw van een data-infrastructuur en stafopbouw. Doelgroepen in met name het onderzoek zijn jeugd, ouderen, multiculturele wijken en intensieve GGZ-gebruikers. De LUMC-Campus speelt inmiddels een prominente rol in de verbetering van de organisatie van de gezondheidszorg in de Haagse regio, onder meer door samenwerking

in het grootschalige transitieproject 'Gelukkig en Gezond Den Haag'. De jaarlijkse werkconferentie is een bron voor de ontwikkeling van nieuwe projecten met het veld. Een breed scala aan regionale en landelijke subsidiemogelijkheden heeft zich ontwikkeld en is toenemend succesvol.

INITIATIEF

LUMC.

WERKWIJZE

De LUMC-Campus Den Haag initieert en faciliteert diverse programma's in samenwerking met de partners. De jaarlijkse werkconferentie en *follow-up* besprekingen met deelgroepen genereren onderzoek, het onderwijsaanbod *Population Health Management* leidt tot veel nieuwe initiatieven. Enkele LUMC-leerstoelen zijn omgewerkt en geheel of gedeeltelijk toegevoegd aan het thema *Population Health Management*. De oorspronkelijk Haagse bijzondere leerstoel *Public Health* is opgevolgd in een LUMC-leerstoel *Population Health* en naast een interdisciplinaire leerstoel 'Wetenschap, beleid en maatschappelijke impact, in het bijzonder in de zorg' (met de faculteit bestuurskunde) komen gedeelde leerstoelen

• “Met de partners van de campus zijn
• we in staat om gezondheidswinst te
• boeken voor patiënten en inwoners van
• onze regio. Dit kan door met elkaar
• innovatie de ruimte te geven voor de
• ontwikkeling van zorgprocessen als
• vroegdiagnostiek en zorg op maat,
• preventieprogramma's en technologie.
• Daarnaast kunnen ook gezamenlijk
• op te zetten wetenschappelijk
• onderzoek en onderwijsprogramma's
• gericht op maatschappelijke
• gezondheidsvraagstukken bijdragen
• aan gezondheidswinst.”

• **Karel Rondaij,**
• reumatoloog en medisch directeur, HagaZiekenhuis

met sociale wetenschappen en datascience, en bijzondere leerstoelen met relevante instanties in de regio. Met de eerstelijns zorggroepen wordt intensief en gestructureerd samengewerkt om op basis van routinezorggegevens uit verschillende domeinen risicopopulaties te definiëren en te vinden. Aan de hand daarvan worden interdisciplinaire interventies ontwikkeld en getoetst.

GOVERNANCE

In 2016 is het hoofd van de LUMC afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, de hoogleraar huisartsgeneeskunde, aangesteld als directeur-kwartiermaker. Inmiddels is een team van UHD's en andere hoogleraren actief met promovendi, studenten en aio's die een Haags themaprogramma volgen. Wetenschappelijke en (beleids-)inhoudelijke richting wordt gegeven door (eind)verantwoordelijken met inhoudelijke expertise verenigd in een (wetenschappelijk) partnerbestuur, de Programmaraad LUMC-Campus Den Haag.

FINANCIERING

De basis van de LUMC-Campus Den Haag wordt gefinancierd door de kernpartners (STZ ziekenhuizen, LUMC, Gemeente Den Haag en Universiteit Leiden). Inmiddels is er een breed portfolio van elders gefinancierde projecten met daarbij behorende promovendi en seniormedewerkers. Ook de SBOH (werkgever voor artsen in opleiding tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts voor verstandelijk gehandicapten), draagt via de huisartsopleiding Leiden bij aan een deel van de ontwikkelingen op de LUMC-Campus.



Stichting BeterKeten

IN HET KORT

Wanneer zorginstellingen en (medische) professionals over de muren van hun specialisme en organisatie heen met elkaar samenwerken aan patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek, kan méér gedaan worden voor de patiënt. In regio Groot-Rijnmond werken ziekenhuizen en professionals daarom met elkaar samen, zodat de patiënt in deze regio de beste zorg op de juiste plek krijgt.

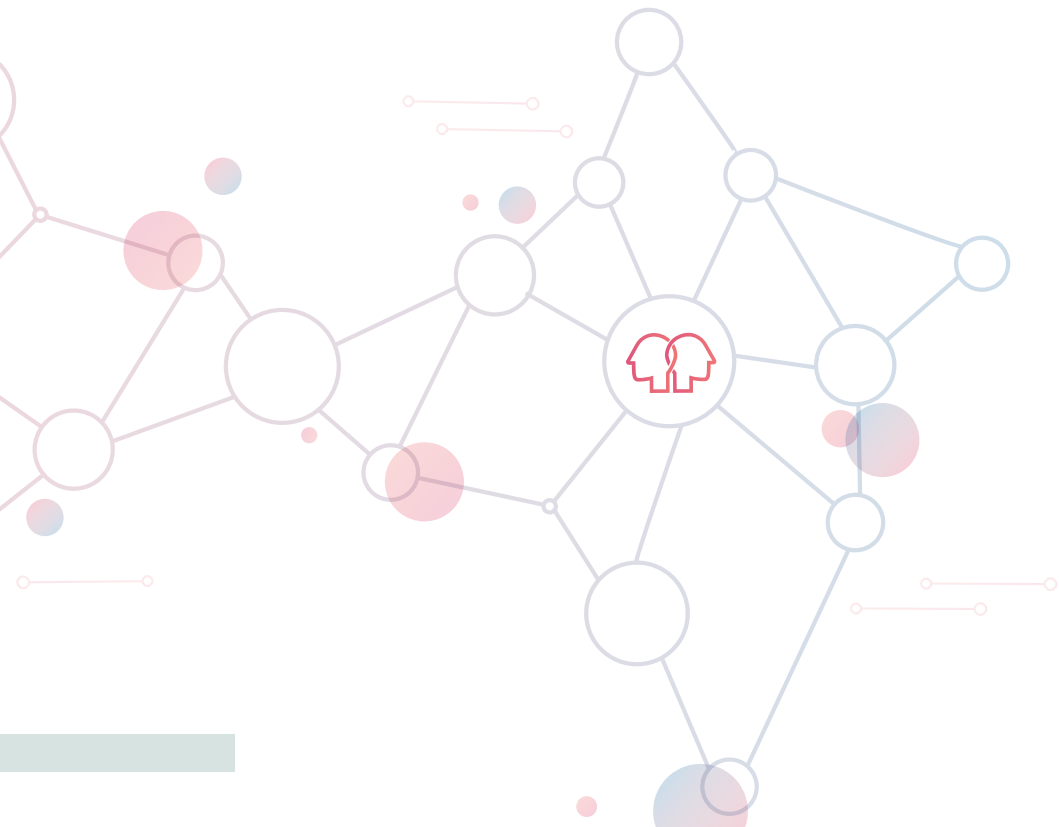
Samenwerking versterkt de kwaliteit en doelmatigheid van zorg. Vanuit de Stichting BeterKeten zijn kansrijke samenwerkingsverbanden en netwerken van de grond gekomen. Deze dragen stuk voor stuk bij aan nóg betere en efficiëntere patiëntenzorg, waarbij ook samengewerkt wordt rondom wetenschappelijk onderzoek. Dit werkt dankzij de inzet en ambitie van de professionals uit de verschillende ziekenhuizen.

INITIATIEF

De Stichting BeterKeten, opgericht in 2011, faciliteert en stimuleert deze samenwerking. Het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis & Vlietland, Maasstad Ziekenhuis en Albert Schweitzer Ziekenhuis zijn de bestuurlijke partners van de stichting BeterKeten. Het duale bestuur (staflid en lid Raad van Bestuur) is van unieke meerwaarde voor het initiëren van samenwerkingsvraagstukken met impact voor de patiënt en de regio. Er wordt nauw samengewerkt met de andere ziekenhuizen in de regio.

WERKWIJZE

Het projectbureau van de BeterKeten is beschikbaar om samenwerkingsvraagstukken projectmatig en resultaatgericht te verkennen en te realiseren. Het initiatief voor het verkennen van gezamenlijke ambities komt vanuit de bestuurlijk aangesloten zorginstellingen. Overige partijen uit de regio uit de nulde, eerste en tweede lijn worden waar mogelijk betrokken bij de samenwerking. De patiënt staat centraal, wat betekent dat alle andere belangen hieraan ondergeschikt zijn. Het projectbureau ondersteunt de samenwerkingsambities aan de hand van een zes-fase model en de PDCA-cyclus (*plan, do, check, act*). Naast facilitering, ondersteuning en stimulering van de samenwerkingsvraagstukken stelt de BeterKeten sinds 2017 geld beschikbaar voor wetenschappelijk onderzoek. In 2017 zijn uit meer dan 30 inzendingen twee promotieonderzoeken geselecteerd, in 2018 uit 27 inzendingen drie promotieonderzoeken: wetenschappelijk onderzoek waarbij innovatie binnen de patiëntenzorg centraal staat. De onderzoeken worden geleid door een academische promotor en perifere copromotor. Aan de onderzoeken doen ook andere regionale ziekenhuizen mee.



RESULTATEN

Zeven jaar BeterKeten heeft geleid tot meer dan 25 samenwerkingsprojecten, vijf promotieonderzoeken en zes potentiële samenwerkingsvoorstellen.

“De Stichting BeterKeten is essentieel geweest voor het opstarten en professionaliseren van het SchildklierNetwerk. Onze eerste gesprekken met diverse partners in de regio werden direct omgezet in een concreet plan met heldere afspraken. Zonder BeterKeten had het SchildklierNetwerk in haar huidige vorm waarschijnlijk niet bestaan. Inmiddels ondersteunt BeterKeten een groot aantal mooie initiatieven in de Regio Groot Rijnmond.”

Robin Peeters,
hoogleraar Inwendige Geneeskunde, Erasmus MC



Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen

IN HET KORT

Het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) is een samenwerkingsverband tussen 15 zorgorganisaties en de afdeling Eerstelijngeneeskunde van het Radboudumc. Doel van het netwerk is het verbeteren van de kwaliteit van leven én de kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen en mensen met een chronische ziekte, die intensieve zorg en begeleiding nodig hebben, thuis of in een beschermde woonvorm.

Het UKON wil dit realiseren door kennis te ontwikkelen (=onderzoek), deze kennis te delen en te vertalen in praktische producten voor deskundigheidsbevordering (=onderwijs en opleiding) en de kennis te implementeren in de zorgpraktijk (=modelpraktijk). Het UKON richt haar activiteiten in de huidige beleidsperiode op zeven speerpunten: (1) stimuleren van praktijkgericht onderzoek, (2) verhogen van wervend vermogen en wetenschappelijke output, (3) vergroten samenwerking met opleidings- en onderwijsinstututen, (4) borgen participatie cliënt en/of mantelzorger, (5) stimuleren van wetenschappelijk onderzoek binnen verpleging en verzorging, (6) bevorderen kennisdeling tussen UKON-organisaties en andere academische netwerken ouderen zorg, (7) resultaten van praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek zichtbaar en toegankelijk maken en implementeren.

INITIATIEF

Het UKON is in 2003 opgericht door het Radboudumc en de zorgorganisaties Kalorama, Stichting de Waalboog, De Zorggroep, de Zorgboog en Riethorst Stroomland. In de daaropvolgende jaren is het aantal zorgorganisaties gegroeid naar 15 met de aansluiting van de Wever, Thebe, Liemerije,

Archipel, SVRZ, tante Louise, Zorggroep Maas en Waal, Zorgcentra de Betuwe, Attent Zorg en Behandeling, en ZZG Zorggroep. De aangesloten zorgorganisaties zijn verspreid over vier provincies en bieden zorg aan ruim 39.000 cliënten.

WERKWIJZE

Het UKON fungeert als een interdisciplinaire extramurale academische werkplaats ouderen zorg. Voor het verbinden van wetenschap en praktijk maakt het UKON gebruik van mensen die het werken in praktijk en onderzoek combineren. Dit zijn bijvoorbeeld medewerkers die zowel een aanstelling hebben als arts of psycholoog bij een zorgorganisatie als een aanstelling bij de universiteit of medewerkers van zorgorganisaties die een deel van hun aanstelling als promovendus invullen of die als *science practitioner* worden gedetacheerd naar het UKON. Het UKON heeft met haar visitatiesysteem een structuur gecreëerd waarbij organisaties elkaar bevragen om zodoende van elkaar en met elkaar te kunnen leren en zo zich verder te ontwikkelen tot een lerend netwerk zoals bedoeld in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het UKON-bureau ondersteunt organisaties door het vergroten van de expertise in implementatie vaardigheden, door beschikbaarheid van een

UKON-contactpersoon voor lokale UKON-commissies, door een vraagbaak te zijn voor onderzoek zoals WMO, Code Goed Gedrag of privacy, en door scholing en begeleiding van de *science practitioner*.

FINANCIERING

Het UKON wordt gefinancierd op basis van een contributiesysteem naar omvang van de Wet Langdurige Zorg-omzet van de

samenwerkende organisaties. Het Radboudumc draagt ook bij, bijvoorbeeld in de vorm van uren voorzitter/hoogleraar en de werkplekken voor de promovendi van de deelnemende zorgorganisaties. De organisaties dragen daarnaast nog *in kind* bij in menskracht, bijvoorbeeld in uren van bij hen als professional aangestelde buiten-promovendi, van deelnemers aan UKON-commissies, expertteams, werkgroepen, en inzet bij de dataverzameling van onderzoeksprojecten. Onderzoeksprojecten worden uitgevoerd via externe financiering (onder andere ZonMw, Joint Programme Neurodegenerative Disease (JPND), ministerie

van VWS). Sinds 2018 ontvangt het UKON, net als vijf andere Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, structurele financiering van het ministerie van VWS ter ondersteuning van de infrastructuur.

GOVERNANCE

De dagelijkse leiding is in handen van een dagelijks bestuur van de hoogleraar (voorzitter), een universitair hoofddocent en de

“UKON expertteams delen kennis uit de praktijk en ontwikkelen bruikbare tools. Ons team heeft een film over delier gemaakt. Een delier heeft namelijk ook impact op naasten, de schrik zit er al snel in. Door er samen over te praten kunnen wij hier zo goed mogelijk mee omgaan.”

Trees Boerakker,
verzorgende bij Zorg-groep Maas & Waal

netwerkmanager samen met twee bestuurders van een aangesloten zorgorganisatie. In elk van de 15 samenwerkende organisaties is een multidisciplinair samengestelde UKON- of wetenschapscommissie operationeel. De voorzitters van deze commissies vormen de UKON-stuurgroep. Voorts is er een overleg van de 15 bestuurders die de activiteiten van de komende beleidsperiode vaststellen. Het UKON wordt ondersteund door het interdisciplinaire UKON-bureau bestaande uit de voorzitter (hoogleraar Ouderengeneeskunde), een universitair hoofddocent (ouderenpsycholoog), een netwerkmanager (gezondheidswetenschapper), twee UKON-coördinatoren/onderzoekers (verplegingswetenschappers) twee relatied medewerkers en een secretaresse.

RESULTATEN

Concrete resultaten van de innovaties en onderzoeken binnen het UKON zijn bijvoorbeeld:

- *Evidence based* interventies door interventieontwikkeling en interventieonderzoek zijn bijvoorbeeld Doen bij Depressie om depressie beter op te sporen en behandelen, PROPER om psychofarmacagebruik te verminderen en SPANKracht om jonge mensen met dementie te ondersteunen bij zinvolle daginvulling.
- Kennis over implementatie op basis waarvan producten zijn ontwikkeld zoals handboeken en trainingen voor zorgprofessionals, een implementatiewijzer, *e-learning*s en *apps* om zorgorganisaties te ondersteunen bij de invoering van deze innovaties.
- Jaarlijks circa € 1 mln. wervend vermogen, twee proefschriften, 30-*peer-reviewed* internationale publicaties en 20 wetenschappelijke *abstracts* en presentaties.



- “Het umc komt naar je toe. Het vraagt van umc's dat ze zich dienstbaar opstellen. De organisatiekracht van een umc is nodig.”



- “Neem in de opleiding van onderzoekers (*graduate school*) een verplichte cursus participatie op.”



- “Ook jonge generaties hebben veel maatschappelijke focus, benut die potentie.”

- “Cruciaal is dat verzekeraars en fondsen vanaf de start mede-eigenaarschap pakken.”



- “Maak een nationaal instituut voor complexe systeeminnovaties.”

3. Keuzes in het wetenschaps- en onderwijsbeleid

Zoals de Gezondheidsraad bepleit in haar advies ‘Onderzoek waarvan je beter wordt’, kiezen de umc’s voor een verbreding van het wetenschappelijke palet, door in aanvulling op het huidige fundamentele en innovatieve onderzoek naar diagnostiek en behandeling, een extra impuls te geven aan onderzoek naar maatschappelijk relevante vragen die leven in de regio en het realiseren van innovaties in preventie en zorg (*cure* en *care*). Dit hoofdstuk beschrijft welke ontwikkelingen binnen de umc’s, universiteiten en hogescholen in gang worden gezet om deze impuls te geven, de bijbehorende methodologische en infrastructurele innovaties te stimuleren en de wetenschappelijke kwaliteit te borgen en monitoren.

3.1 Evalueren, erkennen en waarderen

De manier waarop de umc’s de prestaties van individuele onderzoekers en onderzoeksgroepen beoordelen en waarderen, heeft een sterk sturend effect. Immers onderzoekers maken voortdurend strategische keuzes voor hun onderzoek die mede bepaald worden door indicatoren die hun carrièreperspectief beïnvloeden. Een verbreding van de inzet van onderzoekers op meer

maatschappelijk, toegepast gezondheidsonderzoek is alleen mogelijk wanneer de programmering en evaluatie van het onderzoek door kennisinstellingen en subsidiegevers ook hierop gericht is. Er zijn daarom nieuwe beoordelingscriteria nodig, opgebouwd uit een mix van kwantitatieve en kwalitatieve maten, die deze verandering ondersteunen.

Deze beweging naar een meer inclusieve inhoudelijke beoordelingssystematiek wint nationaal en internationaal aan kracht, onder meer door de steun voor *Open Science* vanuit de Europese Unie, waar het Nederlandse kabinet zich bij aansluit. De gezamenlijke verklaring van VSNU, NWO, NFU en ZonMw²³ over het vernieuwen van waarderen en belonen van onderzoek en onderzoekers is een belangrijke stap op weg naar steeds concretere invulling van deze beginselen. Die verklaring benoemt drie domeinen waar vernieuwing plaatsvindt: het creëren van diverse loopbaanpaden, het vernieuwen van de systematiek voor onderzoeksbeoordeling (met nieuwe manieren om de kwaliteit en maatschappelijke impact van onderzoek te beoordelen) en *team science* (manieren om naast de individuele prestaties ook teamprestaties en de samenwerking in het team mee te wegen).

²³ www.nfu.nl/img/pdf/VSNUNWO_NFU_en_ZonMw_geven_impuls_aan_verandering_in_het_waarderen_en_belonen_van_wetenschappers.pdf

De systematiek van evalueren, erkennen en waarderen in de umc's zal dus in de komende jaren veranderen. De minister van OCW kondigde in de Wetenschapsbrief 'Nieuwsgierig en betrokken'²⁴ aan dat zij inzet "op een verandering in de manier van waarderen en belonen van wetenschappelijk personeel."

In het huidige Standard Evaluation Protocol (SEP)²⁵, dat een looptijd heeft tot 2021, krijgt maatschappelijke relevantie al meer aandacht dan voorheen. In de aanloop naar de volgende herziening van dit protocol bekijkt de commissie, waarin de NFU deelneemt, hoe het SEP de in dit plan beschreven verbreding van het onderzoek verder kan ondersteunen. Dit sluit aan bij de beweging die de samenwerkende gezondheidsfondsen (SGF) maken: zij hechten grote waarde aan het inzichtelijk maken van maatschappelijke impact. Voorts zijn ook de aanbevelingen van ZonMw hierover zeer relevant alsmede de criteria voor excellentie en impact zoals opgenomen in het Europese Kaderprogramma Horizon Europe.

Actie 3. De NFU sluit aan bij initiatieven van VSNU, NWO en KNAW om te komen tot een bredere waardering van onderzoekers, ook als middel om onderzoek in en met de regio te stimuleren dat gericht is op gezondheid, preventie en verbetering van de zorg.

²⁴ www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2019/01/28/nieuwsgierig-en-betrokken

²⁵ www.vsnunl.nl/sep

3.2 Hooglerarenbeleid en spreiding van promovendi en andere onderzoekers

Het GR-advies stelt dat de spreiding van promovendi over 'curatieve gezondheidszorg en minder goed bedeelde gebieden, zoals langdurige zorg, preventie en eerstelijnszorg' bevorderd kan worden. Hoewel we constateren dat in een aantal umc's sommige van deze gebieden al goed bedeed zijn, verkennen we de mogelijkheden om landelijk tot een betere spreiding van onderzoekers over het gehele spectrum van onderzoek te komen. Dit zou onder meer bevorderd kunnen worden door aanpassing van het leerstoelenbeleid. Het zijn immers de hoogleraren die richting geven aan het onderzoeksbeleid van hun afdeling. De NFU voert een inventarisatie uit van alle leerstoelen (inclusief bijzondere leerstoelen) als nulmeting die de huidige stand van zaken in kaart brengt. Het is de ambitie dat er over drie tot vijf jaar meer leerstoelen zijn die gericht zijn op *public health*, langdurige zorg, preventie, eerstelijnszorg en andere niet-medische leerstoelen rond zorgvraagstukken.

Actie 4. De umc's herijken, met maatschappelijke relevantie in gedachte, hun leerstoelenbeleid, teneinde een significant hoger percentage van de hier bedoelde leerstoelen te realiseren. De NFU voert een nulmeting uit, elke vijf jaar peilt de NFU de behaalde resultaten.

Door deze verbreding en door een andere systematiek van waardering zal ook het aantal promovendi en andere onderzoekers (universitair docenten, universitair hoofddocenten) op deze gebieden toenemen. Een aanzienlijk deel van deze promovendi en andere onderzoekers zal (gedeeltelijk) in praktijkinstellingen in de regio werkzaam zijn, vaak in multidisciplinaire verbanden, en liefst binnen een 'werkplaats'-constructie. Op HRM-gebied verkennen en ontwikkelen de umc's mogelijkheden voor de combinatie van werken buiten het umc en onderzoek doen binnen het umc.

Actie 5. De umc's ontwikkelen met partners constructies waardoor de combinatie van werken 'buiten' en onderzoek doen 'binnen' het umc (en vice versa) voor de hier bedoelde, veelal multidisciplinaire vakgebieden, gefaciliteerd wordt.

Het leerstoelenbeleid zal ook worden ingezet om de regionale samenwerking op het gebied van onderzoek te versterken. Dat kan door dubbelaanstellingen en bijzondere leerstoelen, en ook door samenwerkingspartners te betrekken bij beleidsvorming en bij het benoemingsadvies. Op een vergelijkbare manier wordt de samenwerking met hogescholen versterkt. Door al deze strategische keuzes zal ook de opleiding van promovendi (en uiteraard de basisopleiding van gezondheidsprofessionals en onderzoekers) verbreed worden.

²⁶ CANMEDS: Canadian Medical Education Directives for Specialists

²⁷ BROK: Basiscursus Regelgeving en Organisatie voor Klinisch onderzoekers; GCP: Good Clinical Practice

3.3 Onderwijs en opleiding

De verantwoordelijkheid van de umc's voor de basisopleiding geneeskunde, biomedische wetenschappen en voor de opleiding van diverse andere gezondheidsprofessionals en -onderzoekers is niet los te denken van de hier beschreven aandacht voor preventie en maatschappelijk en toegepast onderzoek en de inbreng van patiënten. Deze samenhang volgt al uit de CANMEDS²⁶ competenties. Het Raamplan Artsopleiding dat momenteel in ontwikkeling is, zal aandacht besteden aan het belang van deze thema's, evenals de BROK/GCP-training²⁷.

Het recent afgesloten Nationaal Preventieakkoord benoemt het belang van goed opgeleide artsen en andere zorgprofessionals, met voldoende kennis van preventie. De kracht van het onderwijs in de umc's is dat docenten zelf kennis hebben van de praktijk en zelf actief deelnemen aan wetenschappelijk onderzoek. De in dit plan geschetste verbreding van het wetenschappelijk onderzoek en de inrichting van regionale netwerken maakt het mogelijk om ook in de basisopleidingen meer aandacht te besteden aan maatschappelijke relevante thema's en studenten in contact te brengen met praktijkprofessionals, burgerinitiatieven en patiëntenorganisaties uit de regio. Uiteraard is daarbij van belang dat de betreffende docenten als rolmodel kunnen fungeren voor toekomstige collega's.

In het cursusaanbod voor promovendi en andere onderzoekers dient meer aandacht te komen voor regionale samenwerking. Daarin kunnen onderzoekers kennis opdoen over de genoemde methodologische

uitdagingen, de uitdagingen op het gebied van regionale samenwerking, het betrekken van burgers/patiënten en andere aspecten. Door deze cursussen open te stellen voor onderzoekers van diverse instellingen in de regio wordt bovendien de uitwisseling en persoonlijke kennismaking tussen onderzoekers, studenten en assistenten in opleiding van andere zorgopleidingen bevorderd. Mogelijk leiden genoemde ontwikkelingen tot het oprichten van nieuwe (*public health*) opleidingen of interdisciplinaire modules binnen bestaande opleidingen.

Actie 6. De umc's nemen in het cursusaanbod voor promovendi en andere onderzoekers de in dit plan bedoelde verbreding en regionale samenwerking op.

3.4 Methodologie en medisch ethische toetsing

Gezondheidsonderzoek in de regio, met een focus op veelvoorkomende aandoeningen, *care*, *public health*, functiebehoud en preventie, vraagt in veel gevallen om een andere aanpak dan het traditionele basale, klinische en translationele onderzoek. Zo is bijvoorbeeld in therapeutische interventiestudies de Randomised Clinical Trial (RCT) de gouden standaard, terwijl deze methodiek in onderzoek naar andere vormen van innovaties (bijvoorbeeld *e-Health*,

monitoring) en in de *public health* vaak niet nodig, onwenselijk of praktisch onuitvoerbaar is.

Telkens weer moet de vraag zijn, welke methoden het meest geschikt zijn voor het beantwoorden van een specifieke vraagstelling voor een specifieke innovatie²⁸, terwijl zij waar mogelijk ook generaliseerbare kennis genereren. Deze beweging is al gaande, bijvoorbeeld op het gebied van onderzoek met zorgdata (diverse en *big data*) en door de inzet van methoden uit andere wetenschapsgebieden in het wetenschappelijke onderzoek op het gebied van preventie en zorg. Onderzoeksvormen die nog niet zo bekend zijn in een klinische setting moeten op hun merites worden beoordeeld. Ook is er ruimte nodig voor proces- en implementatiestudies die laten zien waarom bepaalde interventies wel of niet werken, en waar aandacht is voor substitutie van (minder relevante of onnodige) zorg²⁹.

Naast innovatie verdienen ook validatie en replicatie meer aandacht in de wetenschap binnen de umc's en in de regionale samenwerking. Het bekende replicatieprobleem³⁰ heeft immers consequenties voor toepassing van wetenschap in preventie- en zorginnovatie. Aandacht voor goede methodologie betekent ook dat er aandacht en ruimte (en budget) vrijgemaakt dient te worden voor andere vormen van data verzamelen, de kwaliteit van de database en het optimaal faciliteren van datahergebruik en van validatie- en replicatiestudies.

²⁸ De term 'innovatie' dient breed opgevat te worden. Het is ook een taak van umc's om vermeende niet-effectieve interventies te evalueren en waar nodig te de-implementeren.

²⁹ Zie ook: Adviesrapport Zorgevaluatie, van project naar proces, Stuurgroep Zorgevaluatie Federatie Medisch Specialisten, 28 oktober 2016

³⁰ Replicatie, het opnieuw uitvoeren van een wetenschappelijke studie, levert vaak minder duidelijke uitkomsten op dan de oorspronkelijke studie. Soms wordt de oorspronkelijke conclusie door replicatie zelfs onderuitgehaald. Dat betekent dat sommige wetenschappelijke resultaten minder hard zijn dan vaak gedacht. Referentie: The Lancet January 2014, Increase value reduce waste ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62229-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62229-1/fulltext))

De verbreding van het onderzoek vanuit de umc's zal ook consequenties hebben voor de medisch-ethische toetsing in de METC's³¹ (en wellicht ook de CCMO³²). Wanneer bijvoorbeeld andere methoden worden ingezet, moet de METC over voldoende expertise beschikken om de wetenschappelijke waarde ervan en de belasting voor proefpersonen te beoordelen.

3.5 *Open Access en Open Science*

De beleidsimpuls die dit plan bepleit, sluit op verschillende manieren aan bij de veranderingen die de universiteiten en umc's al in gang hebben gezet onder de brede paraplu van de *Open Science* beweging. Het gaat dan met name om *Open Access*, FAIR data, het bevorderen van relevant onderzoek en een andere beoordelingssystematiek van onderzoekers en onderzoeksgroepen. *Open Access*, de vrije toegang tot onderzoeksdata- en resultaten, is essentieel voor de hierboven genoemde nieuwe vormen van innovatieonderzoek en regionale samenwerking. Resultaten moeten voor iedereen (dus ook voor burgers en patiënten) toegankelijk gepubliceerd worden, op een manier die dienstbaar is aan implementatie en opschaling, vanzelfsprekend met inachtneming van wet- en regelgeving. De FAIR-systematiek versterkt het delen van data in de regio en maakt het ook mogelijk om samen te werken met andere regio's en met instellingen in het buitenland. Een belangrijke pijler van *Open Science*³³ is zogeheten *citizen science*. Het gaat hierbij om initiatieven die burgers en patiënten betrekken bij wetenschappelijk onderzoek, of

³¹ METC: Medisch-Ethische Toetsingscommissie

³² CCMO: Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek

³³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2017/02/21/kamerbrief-met-aanbieding-van-nationaal-plan-open-science>; <https://www.knaw.nl/en/topics/openscience/opendata>; <https://www.knaw.nl/en/topics/openscience/blog-jose-van-dijck-on-open-science>; http://www.unica-network.eu/sites/default/files/academileadership_and_open_science_-_speech_frank_miedema.pdf

initiatieven van burgers en patiënten die mede bepalend zijn voor de kennisagenda van wetenschappers, zoals in hoofdstuk 1 aangegeven.

3.6 Evaluatie

De minister merkt op in de brief aan de Tweede Kamer (mei 2018): “Daarnaast vind ik het belangrijk dat de praktijkimpact van onderzoek beter inzichtelijk wordt gemaakt, en dat het plan aangeeft hoe bepaald kan worden of uitvoering ervan de verwachte resultaten levert. Op welke wijze kan dit de komende jaren onafhankelijk worden gemonitord en hoe worden de ervaringen van andere partijen dan de umc's daarbij betrokken?” Daarom wordt de volgende actie uitgevoerd. De werkgroep die heeft meegewerkt aan de totstandkoming van dit plan heeft de ambitie in 2020 bijeen te komen om de ontwikkelingen te volgen. Daarnaast maakt monitoring en evaluatie op projectniveau deel uit van de beschreven manier van aanpak in de regio (zie kader ‘De innovatiecyclus’).

Actie 7. Jaarlijks organiseert de NFU een landelijke bijeenkomst voor de netwerken om de impact te volgen, als ‘vervolg’ op de eerste werkbijeenkomst op 28 januari 2019. Alle umc's presenteren jaarlijks hoe ze het afgelopen jaar invulling hebben gegeven aan het regionale plan, en welke plannen er voor de toekomst zijn gemaakt. In overleg met het ministerie van VWS wordt invulling gegeven aan monitoring en verantwoording.

V

Amsterdam Mental Health

IN HET KORT

De missie van Amsterdam Mental Health is om de mentale gezondheid van burgers te verbeteren door kwalitatief hoogstaand onderzoek in te bedden daar waar het telt: in de praktijk. Het idee is om de weg van 'goed idee', via onderzoek en innovatie, naar uittesten, implementatie en praktijk makkelijker, sneller en meer uitnodigend te maken.

De allerbeste manier om het stigma en wijdverbreide *learned helplessness* rond *mental health* te slechten is door te zorgen dat mensen er bekend mee raken en te laten zien dat verbeteringen mogelijk zijn. Amsterdam Mental Health beoogt daarom het versnipperde en sterk verkavelde veld bij elkaar te brengen in een structurele samenwerking om systematisch gezamenlijk te werken aan innovatie en verbetering.

Effectief beïnvloeden van *public mental health* vraagt een mix van beleid en interventies, binnen en buiten de gezondheidszorg. De gemeente Amsterdam heeft een uitstekende *track record* op gebied van publieke mentale gezondheid. Op gebied van zorg zijn er drie grote GGZ-instellingen (GGZinGeest, ARKIN, Bascule) en daarnaast een grote diversiteit aan kleinere aanbieders. Beide universiteiten en Amsterdam UMC hebben sterke afdelingen op gebied van psychologie, psychiatrie en andere voor *mental health* belangrijke vakken.

INITIATIEF

Amsterdam UMC, GGZinGeest, GGD Amsterdam, ARKIN, Bascule en Vrije Universiteit. Naast deze grote partijen op het gebied van *mental health* in Amsterdam bestaat er een grote

diversiteit aan kleinere aanbieders, waarmee in een vervolgstadium contact zal worden gelegd. Het initiatief profiteert van en bouwt voort op het reeds lang bestaand interfacultair *Mental Health* onderzoeksprogramma binnen Amsterdam Public Health (voorheen EMGO) en een lang bestaande intensieve samenwerking tussen VUmc en GGZinGeest, waarin de academische werkplaatsfunctie Psychiatrie van VUmc, alsmede de relevante opleidingen en het onderzoek integraal zijn ingebed. Hiermee is een harde verbinding ontstaan tussen onderzoek, innovatie, patiëntenzorg en de opleiding van jonge collega's (zorg en onderzoek). Hetzelfde geldt op gebied van de Kinder- en Jeugd Psychiatrie van Amsterdam UMC, waar een harde verbinding bestaat met de Bascule (Kinder- en Jeugd Psychiatrie instelling). Ook met ARKIN en de GGD Amsterdam bestaan al lange tijd intensieve relaties op gebied van onderzoek, innovatie en zorg.

WERKWIJZE

- Gebruik maken van bestaande en bewezen samenwerking op gebied van onderzoek en praktijk.
- Samenvoegen van hoogwaardige infrastructuur voor onderzoek, preventie,



Bestuurstafel Gezond Utrecht

IN HET KORT

De huidige ontwikkelingen in welzijn en zorg maken intensievere samenwerking tussen welzijn- en zorgaanbieders noodzakelijk. Utrechtse bestuurders voelen zich met elkaar verbonden door de gezamenlijke uitdagingen: “Dit kan niemand van ons alleen.”

INITIATIEF

Onder meer UMC Utrecht, U Centraal, Incluuzo, Lister, De Rijnhoven, Warande, Reinaerde, Zorgspectrum, RAVU, St. Antonius Ziekenhuis, De Hoogstraat, Boogh, Vecht en IJssel, Bartholomeus Gasthuis, Handje Helpen, WIJ 3.0, Leger des Heils, Abrona, Youké, Stichting Al Amal, Diakonessenhuis, Axion Continue, De Tussenvoorziening, Jellinek, Huisartsen Utrecht Stad.

WERKWIJZE

Bestuurders gaan met elkaar in gesprek over de strategische vraagstukken in het nieuwe speelveld van welzijn en zorg in Utrecht. Het platform fungeert als de bestuurlijke startmotor voor samenwerkingsverbanden tussen *cure – care – community*. Het platform maakt zich onder andere hard voor de uitwisseling van kennis en data. Bijvoorbeeld: Utrecht is een van de weinige gebieden waar nog geen digitaal schakelpunt is of uitwisseling van *big data*. Het platform zet zich onder andere in voor de uitwisseling van kennis en data: er wordt gestreefd naar het spoedig realiseren van een digitaal schakelpunt en uitwisseling van grote databestanden binnen de Utrechtse regio.

LOOPTIJD

Januari 2016 was de startbijeenkomst.

FINANCIERING

Het uitgangspunt is de organisatie van het platform zo ‘licht’ mogelijk in te richten, passend bij de ambitie van het platform. Er is gekozen voor de vereniging als juridische vorm voor het platform, de deelnemende organisaties zijn lid van deze vereniging. De Algemene Ledenvergadering (ALV) is het hoogste orgaan. De vereniging heeft een bestuur van drie personen dat zorgt voor de agendasetting en het organiseren van bijeenkomsten. Leden van de vereniging betalen een jaarlijkse contributie. Deze contributie is dekkend voor de vaste kosten van het platform, zoals de procesbegeleiding, vergaderfaciliteiten en catering. De contributie wordt vastgesteld op basis van de jaarbegroting van het platform en verdeeld onder de leden. In 2018 is dit, uitgaande van ca. 34 leden, €2.200,- per organisatie. Leden die geen of zeer lage inkomsten hebben hoeven geen contributie te betalen. Er zijn minimaal vier netwerkbijskomsten per jaar. Leden kunnen ook in kleiner verband bijeenkomsten over specifieke thema’s organiseren.

• “We gaan uit van ‘Verbindend
• Leiderschap’: iedereen die meedoet
• draagt ook verantwoordelijkheid voor
• het functioneren van de samenwerking
• als totaal. Leiderschap wordt niet
• ‘uitbestede’; maar we zijn en doen
• het samen en dat leidt tot prachtige
• initiatieven tussen twee of meerdere
• partijen in het Utrechtse.”

• **Margriet Schneider,**
• **bestuursvoorzitter UMC Utrecht en**
• **Bestuurstafel Gezond Utrecht**

VOORBEELDEN

V

Aletta Jacobs School of Public Health

IN HET KORT

De Aletta Jacobs School of Public Health (AJSPH) – een gezamenlijk initiatief van de Rijksuniversiteit Groningen, het UMCG en de Hanzehogeschool Groningen – is de trotse vaandeldrager van *healthy ageing* in Noord-Nederland. De AJSPH is een verband van academische en maatschappelijke partners met één gezamenlijk doel: meer gezonde jaren.

Het realiseren van impact op gezondheid en welzijn doet AJSPH vanuit onderzoek, onderwijs en integrale samenwerkingen met maatschappelijke partners. Het AJSPH opereert daarbij zowel regionaal als landelijk en is actief in verscheidene Europese samenwerkingsverbanden.

INITIATIEF

RUG, UMCG en Hanzehogeschool Groningen.

WERKWIJZE

De activiteiten van de AJSPH zijn verdeeld over vier pijlers:

1. *Research: Translationeel interdisciplinair onderzoek*

Aletta verbindt. De AJSPH brengt onderzoekers, beleidsmakers en professionals van verschillende specialismen en sectoren bijeen in een *community* waarin men elkaar inspireert en die voldoende kritische massa heeft. Onderzoekers worden ondersteund bij het vormen van multidisciplinaire onderzoeksgroepen, het opstellen van gemeenschappelijke agenda's met maatschappelijke partners en het aanvragen van subsidies.

2. *Educatie: opleidingen over de hele keten*

De onderwijsambitie van de AJSPH is het opleiden van de *public health* professional en onderzoeker van de toekomst. Samen met academische en maatschappelijke

partners zet de AJSPH verschillende multidisciplinaire, educatieve onderwijsprogramma's op (*Bachelor, Master en Executive*).

3. *Internationalisering: strategische allianties*

AJSPH is *core* partner binnen het Europese netwerk van EIT Health. Daarnaast wordt op het gebied van *public health* samengewerkt met universiteiten van Hamburg, Kopenhagen, Gent, Göttingen, Uppsala en Tartu.

4. *Public Engagement: interactie met de mensen zoals jij en ik*

Aletta Jacobs staat voor maatschappelijke betrokkenheid. Daarom communiceert en interacteert de AJSPH over de waarde van wetenschap met en voor de maatschappij.

• “Er wordt onderzocht en gepioneerd. Om nu tot een agenda te komen moeten we van elkaar weten waar de expertise en vragen liggen en niet onbelangrijk: een vertrouwensrelatie op te bouwen.”

• Jochen Mierau,
• wetenschappelijk directeur AJSPH

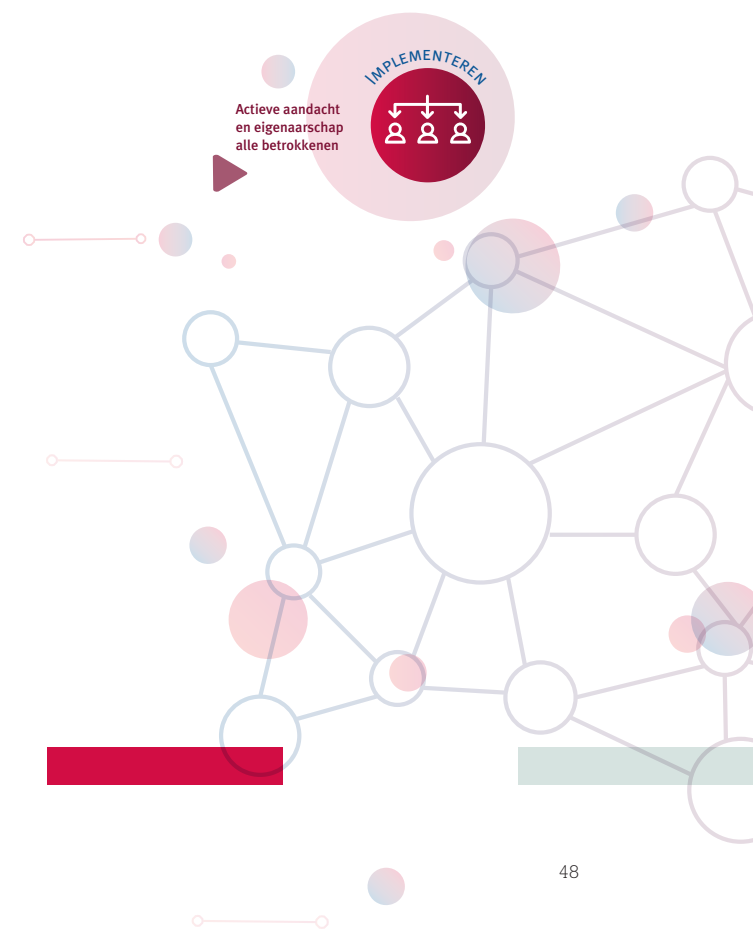
4. Financiering

De kosten van de hier geschetste plannen vallen in drie gedeelten uiteen: ten eerste de (structurele) kosten van de netwerken, ten tweede de kosten van het (uitvoeren van het) onderzoek en ten derde de kosten ten behoeve van de implementatie en opschaling. Binnen de huidige begrotingen van de umc's is nauwelijks tot geen ruimte voor extra investeringen. Financiering voor het opzetten en onderhouden van de benodigde infrastructuur zal dus uit verschillende bronnen verzameld moeten worden of voort moeten komen uit interne verschuivingen. Met name voor de opstartfase zal een investering nodig zijn. De NFU neemt de regie voor de opstartfase en monitoring op zich. Ze zal daartoe ook overleg starten met subsidiegevers als NWO en ZonMw over hun agenda's, programma's en keuzes. Er kunnen bijvoorbeeld speciale beurzen, vergelijkbaar met de Comeniusbeurzen³⁴, worden ingesteld om de hier bedoelde onderzoekersmedewerkers een kans te geven.

Voor een belangrijk deel zal het in dit plan geschetste onderzoek worden verricht door medewerkers van umc's en andere kennisinstellingen, die gefinancierd worden uit de eerste geldstroom, aangevuld met middelen uit tweede en derde geldstroom. Daarnaast zal onderzoek worden uitgevoerd door medewerkers van niet-academische samenwerkingspartners of door burgers en patiënten zélf, met methodologische en andere wetenschappelijke ondersteuning vanuit het umc en de universiteit. In dergelijke gevallen zal gezamenlijk gezocht worden naar financiering, waarbij het umc bijvoorbeeld een projectaanvraag bij een subsidiegever zoals ZonMw of een gezondheidsfonds helpt indienen.

Zorgaanbieders, provincie, gemeenten, verzekeraars en bedrijven en anderen in de regio die baat hebben bij (een specifiek) onderzoek, zullen ook een bijdrage leveren aan de uitvoering ervan. Dat kan in de vorm van een financiële bijdrage, maar bijvoorbeeld ook door menskracht, ruimte of faciliteiten beschikbaar te stellen. Een dergelijke bijdrage maakt de samenwerking

³⁴ www.nro.nl/onderzoeksprojecten/comeniusprogramma/



mede mogelijk en versterkt ook het wederzijdse commitment.

Ten derde vraagt implementatie en opschaling om investeringen. Innovators hebben vaak meer middelen nodig dan zij ter beschikking krijgen voor het daadwerkelijk implementeren en opschalen van innovaties, ongeacht het type innovatie. Umc's kunnen vanuit hun gezag en bestuurlijk en wetenschappelijk gewicht hierin een belangrijke rol vervullen. Innovatieve zorgverzekeraars en lokale overheden kunnen een belangrijke bijdrage leveren, evenals publiek-private samenwerking. Dit vraagt een om een heldere strategie vanaf de start van de regionale samenwerking, aangevuld met heldere implementatieplannen bij elk innovatief project.

Voor zover de innovatie gericht is op zorg, zou de financiering ervan op termijn geen probleem behoeven te zijn. Een van de belangrijkste argumenten om meer aandacht te besteden aan de gezondheid in de regio is immers dat innovatie zal bijdragen aan de substitutie van (minder relevante) zorg en het terugdringen van kosten doordat de doelmatigheid van de zorg toeneemt. Let wel: de doelmatigheid neemt pas toe als tal van partijen zich actief inzetten. Dit vraagt het nodige en gaat niet vanzelf. In regionaal verband kan met verzekeraars worden geëxperimenteerd met 'gezondheidswinst' en het

[35 Onderzoek waarvan je beter wordt, Gezondheidsraad, 2016](#)

strategisch omgaan met de 'opbrengsten' van substitutie en verhogen van de doelmatigheid.

In het huidige zorgstelsel, dat alleen medische handelingen bekostigt, bestaan vrijwel geen financiële prikkels om te werken aan preventie, zeker niet aan primaire preventie. Investeringen in niet-primair medisch onderzoek, *public health* en preventie worden daardoor vanuit het zorgstelsel beschouwd als additionele kosten, waarbij traditioneel zelfs (vrijwel) geen financiering beschikbaar is voor monitoring en gegevensverzameling in het kader van een de kwaliteitscyclus. De financiering van zorg en preventie valt buiten de kaders van dit plan, maar dit gegeven betekent dat preventieonderzoek minder gemakkelijk gefinancierd kan worden. Dit is wel een vraag van de Gezondheidsraad aan kabinet en umc's: "De commissie adviseert de minister van VWS om te investeren in een duurzaam R&D-fonds bestemd voor het gewenste onderzoek, en alle partijen aan tafel te overtuigen om ook financieel bij te dragen"³⁵. Een optie is dat de gezamenlijke partijen (de ministeries van VWS, EZK, OCW en SZW, ZonMw, NWO, NWA, zorgverzekeraars, SGF, topsectoren) het initiatief nemen tot een nieuw Preventie Fonds.





SchildklierNetwerk

IN HET KORT

In het SchildklierNetwerk bundelen internist-endocrinologen, endocrien-chirurgen, nucleair geneeskundigen, pathologen, oogartsen en radiologen hun kennis en expertise om de schildklierpatiënt de beste zorg op de beste plek te geven.

INITIATIEF

In 2014 is de samenwerking gestart met een aantal oriënterende gesprekken tussen betrokkenen van het Schildkliercentrum Rotterdam (Erasmus MC), het Franciscus Gasthuis & Vlietland en het IJsselland Ziekenhuis. Een breed gedragen multidisciplinair regionaal zorgpad en een tweewekelijks regionaal MDO (multidisciplinair overleg) met alle betrokkenen hebben de basis gevormd van regionale zorg. In april 2016 is de start van het SchildklierNetwerk bekrachtigd met de ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst. Sindsdien wordt ingezet op het verder realiseren van de doelstellingen van het netwerk en het bestendigen van de succesvolle samenwerking. In september 2017 is het SchildklierNetwerk uitgebreid met drie nieuwe ziekenhuizen: Albert Schweitzer ziekenhuis, Admiraal de Ruyter ziekenhuis en Zorgsaam Zeeuws-Vlaanderen. Vanaf januari 2018 is het SchildklierNetwerk ingeschreven als zelfstandige stichting en trad ook het Oogziekenhuis Rotterdam toe tot het netwerk om de zorg voor patiënten met de ziekte van Graves te kunnen optimaliseren.

GOVERNANCE

Vanaf 2018 is het SchildklierNetwerk een stichting en kent daarmee een formele structuur. In de statuten en het huishoudelijk reglement is vastgelegd op welke wijze de stichting functioneert en richting geeft aan de inhoud van de samenwerking. De stichting kent daarbij de volgende gremia: dagelijks bestuur, wetenschapsraad, netwerkvertegenwoordigers, leden en verschillende werkgroepen.

WERKWIJZE

Het SchildklierNetwerk richt zich op vijf pijlers, verder uitgewerkt in ambities:

1. *Excellente en uniforme zorg*
De (bij)schildklierzorg is van hoogstaand niveau, *state-of-the-art* en voldoet aan alle (inter)nationaal geldende eisen en normen waarbij de 'Normering chirurgische behandeling' (Nederlandse Vereniging van Heelkunde, NVvH), het 'SONCOS-normeringsdocument' en de 'Richtlijn Schildkliercarcinoom' (IKNL) uitgangspunten zijn. Allen werken volgens het regionaal zorgpad en stellen het document waarin dat is vastgelegd ter beschikking van andere partijen. Het netwerk zet zich in voor een goede en

• “Het operationeel maken van een
• breed gedragen, multidisciplinair
• samenwerkingsverband tussen
• specialisten uit verschillende
• ziekenhuizen is de belangrijkste
• ontwikkeling in de regio voor
• schildklierzorg. We dragen hierdoor
• dagelijks bij aan excellente zorg
• voor patiënten met schildklierkanker.
• Onze kennis en ervaring delen we
• voortdurend met elkaar, dit komt de
• kwaliteit van de behandelingen voor
• de zorgverlener én de patiënt ten
• goede.”

• **Manuel Castro Cabezas,**
• voorzitter SchildklierNetwerk

transparante kwaliteitsregistratie en verbetering van de (bij)schildklierzorg en stelt de resultaten beschikbaar.

2. *Multidisciplinaire bundeling van kennis en expertise*

Structurele deling van kennis en expertise in een multidisciplinair en ziekenhuisoverstijgend overleg waardoor de patiënt de beste zorg op de beste plek krijgt.

3. *Uitstekende informatie*

Gezamenlijk streven is een uitstekend geïnformeerde patiënt, onder andere via de website en uniforme folders die samen met de patiëntenorganisatie (SON, Schildklier Organisatie Nederland) worden ontwikkeld.

4. *Samenwerking rondom wetenschappelijk onderzoek*

Vanuit een Wetenschapsraad wordt gestuurd op gezamenlijk wetenschappelijk onderzoek. Er wordt gebouwd aan een gezamenlijke *database* en biobank voor *research*. Alle partners leveren een waardevolle bijdrage aan de innovatie van (bij)schildklierzorg.

NETWERKORGANISATIE

Het netwerk levert excellente, doelmatige en complete diagnostiek en zorg. Er zijn duidelijke afspraken over verwijzingen en er wordt voor gezorgd dat de patiënt op de juiste plaats de meest optimale en geïndividualiseerde zorg ontvangt waarbij het gehele netwerk garant staat voor de kwaliteit. Het netwerk bestaat uit één level 1 ziekenhuis en negen level 2 ziekenhuizen, conform de eisen die hieraan gesteld worden vanuit de NVvH en SONCOS. En uit één gespecialiseerd ziekenhuis in oogziekten. Ambitie is om de zorg verder uit te breiden door de eerstelijns te betrekken.



Universitair Netwerk Ouderenzorg van VU medisch centrum

IN HET KORT

Het Universitair Netwerk Ouderenzorg van Amsterdam UMC, locatie VUmc (UNO-VUmc) is een academische werkplaats waarin kennisinstellingen en ouderenzorgorganisaties structureel met elkaar samenwerken. Verpleegkundigen, behandelaars, onderzoekers en bestuurders bundelen hun krachten om de zorg voor kwetsbare ouderen te verbeteren.

SAMENWERKINGSVERBAND

- 23 zorgorganisaties: AxionContinu, Amaris Zorggroep, Amstelring, Beweging 3.0, Careyn, Cordaan, Eveen, Kennemerhart, Noorderbreedte, Omring, Quarijn, Stichting Sint Jacob, SZR, Viva Zorggroep, Vivium Naarderheem, Warande, Zonnehuisgroep Amstelland, Zonnehuisgroep IJssel-Vecht, Zorgbalans, Zorgcirkel, Zorggroep Apeldoorn, Zorggroep Solis, Zorgspectrum en Amsterdam UMC (Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde).
- Tevens werkt het UNO-VUmc samen met het lectoraat Gezondheid & Welzijn van Kwetsbare Ouderen van Hogeschool InHolland en met de Academische Werkplaats Leven met een Verstandelijke Beperking van Tranzo op sectoroverstijgende thema's.

INITIATIEF

Het huidige samenwerkingsverband is voortgekomen uit het in 1993 opgerichte Universitair Verpleeghuisnetwerk (UVN), dat in 2006 een doorstart en verbreding kreeg onder de naam UNO-VUmc. De 12 zorgorganisaties

die destijds met de toenmalige afdeling verpleeghuisgeneeskunde van VUmc het UVN vormden zijn merendeels nog steeds partner in het netwerk.

WERKWIJZE

Het UNO-VUmc is georganiseerd rondom drie thema's: zorg voor mensen met hersenaandoeningen, zorg voor revalidanten en organisatie van zorg. Binnen de drie thema's werken zorg- en kennisorganisaties samen aan kennisontwikkeling en kennisdeling. Elke zorgorganisatie is lid van minstens één themagroep en vaardigt een medewerker af naar deze themagroep. Binnen elk thema wordt gewerkt in de vorm van projecten. Dit kunnen onderzoeksprojecten zijn, maar ook projecten waarbij resultaten van onderzoek worden vertaald naar de praktijk in de vorm van scholing of implementatieprojecten. Het onderzoek van het UNO-VUmc is ingebed in het APH-instituut van Amsterdam UMC en wordt begeleid door een team van onderzoekers van de afdeling huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde (H&O) van Amsterdam UMC, locatie VUmc. Omgekeerd wordt het ouderenonderzoek van H&O waar mogelijk

ondergebracht binnen het UNO-VUmc. De activiteiten van UNO-VUmc zijn multidisciplinair en worden binnen de lidorganisaties geborgd door eveneens multidisciplinaire UNO- of wetenschapscommissies. Ook de onderzoeksgroep is multidisciplinair van samenstelling met betrokkenheid vanuit relevante beroepsgroepen, zoals ouderengeneeskunde, verpleegkunde, psychologie, paramedici en wetenschappelijke disciplines, waaronder ook de geesteswetenschappen, in het bijzonder de ethiek. Extern wordt onder meer samengewerkt met de overige academische werkplaatsen ouderenzorg verenigd in SANO, met RIVM, NIVEL,

Verenso, SKILZ, Vilans, ministerie van VWS, hbo en mbo.

FINANCIERING

De lidorganisaties van UNO-VUmc dragen gezamenlijk bij aan de financiering van de activiteiten van het netwerk, zowel *in cash* (contributie) als *in kind* (detachering, vrijstellen van medewerkers voor netwerkactiviteiten, zoals

promotieonderzoek, deelname themagroepen). Een deel van de aanstellingen van de betrokken onderzoekers, coördinatoren en hoogleraar wordt gefinancierd vanuit de eerste geldstroom van VUmc. Het wetenschappelijk onderzoek dat binnen het netwerk wordt uitgevoerd wordt in belangrijke mate extern gefinancierd (derde en vierde geldstroom). Sinds 2018 ontvangt UNO-VUmc op basis van *past performance* structurele co-financiering van het ministerie van VWS (samen met de vijf andere academische werkplaatsen ouderenzorg).

• “Deelname aan het UNO-VUmc maakt dat ik meer bewust met mijn werk bezig ben. Waarom doen we de zorg zoals wij die doen?”

• Verzorgende niveau 3 tijdens Symposium UNO-VUmc december 2018

GOVERNANCE

De stuurgroep van het UNO-VUmc (het hoofd van het UNO-VUmc, de drie UNO-coördinatoren en de zes themagroepentekkers (afkomstig uit de lidorganisaties) stelt de activiteiten voor het komende jaar vast. Het bestuurdersoverleg (de bestuurders van alle lidorganisaties, het hoofd van het UNO-VUmc en de drie UNO-coördinatoren) bewaakt de koers en voortgang van het netwerk. De dagelijkse leiding van het UNO-VUmc is in handen van het hoofd en de coördinatoren van het UNO-VUmc.

RESULTATEN

Enkele voorbeelden:

- Stappenplan in de nieuwe Wet Zorg en Dwang (WZD) mede op basis van onderzoek uitgevoerd door/in UNO-VUmc ontwikkeld.
- Wegingskader voor inzet onvrijwillige zorg vanuit cliëntperspectief ontwikkeld voor beide sectoren van de WZD, samen met Academische Werkplaats Leven met een Verstandelijke Beperking van Tranzo.
- Kennislacunes geïnventariseerd en onderzoeksagenda voor de Geratrische Revalidatiezorg (GRZ) ontworpen (in samenwerking met beroepsorganisaties en andere GRZ- onderzoekers).
- Opzet van een landelijk netwerk van peilstations ouderenzorg waardoor routinezorgdata uit verpleeghuizen (gepseudonimiseerd) beschikbaar komen ten behoeve van kwaliteitsverbetering, kennisdeling en wetenschappelijk onderzoek.
- Wervend vermogen € 1.000.000, 1 proefschrift, 25 wetenschappelijke en vakpublicaties per jaar.



• “Maak een
• ‘marktplaats’ voor
• onderzoeksvragen
• en -aanbod.”



• “Wat een
• regio is, wordt
• bepaald door de
• vraagstelling.”

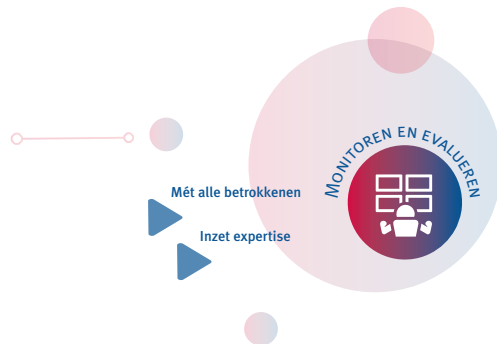
• “Start met het maken van
• een regionale urgentie-
• agenda met regionale
• onderzoeksbudgetten als een
• structurele basis voor multipliers
• (waaronder projectsubsidies,
• rijksoverheidsfinanciering,
• verzekeraars, Europese fondsen).”

• “Koppel *bottom*
• *up* ideeën
• en *top down*
• strategie.”



Tot slot

Met het voorliggende plan versterken de umc's hun rol als aanjagers van onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio. Umc's spelen met hun wetenschappelijk onderzoek een prominente rol op het wereldtoneel op het terrein van zorg en gezondheid. Vanuit die kennis- en zorgfunctie geven ze nu een flinke impuls aan de gezonde regio. Ze doen dit door hun expertise breder in te zetten en te verbinden aan de kennis van burgers en van andere zorg- en kennisinstellingen ten behoeve van de zorg aan en gezondheid van de bevolking. De umc's nemen daarbij graag het initiatief, maar willen ook dienstbaar zijn aan het grotere geheel. De grote uitdagingen in gezondheidszorg en preventie voor de komende decennia vragen immers om een gezamenlijke aanpak, die de grenzen en belangen van individuele instellingen overstijgt.



Colofon

HOOFDREDACTIE

Frank Miedema
Albert Scherpbier

REDACTIE

NFU Bestuurscommissie Onderwijs en Onderzoek:
Frank Miedema
Albert Scherpbier
Marian Joëls
Pancras Hogendoorn
Hans van Leeuwen
Chris Polman
Hans Romijn
Paul Smits

EINDREDACTIE EN COÖRDINATIE

Marjo Knapen
Rinze Benedictus
Bob de Jonge
Brigitte Lobée
Pieter van Megchelen
Edith Meijwaard
Melanie Schmidt

WERKGROEPLEDEN

Pim Assendelft (Radboudumc)
Caroline Baan (RIVM)
Martijntje Bakker (ZonMw)
Matthijs van den Berg (RIVM)
Marc Besselink (Amsterdam UMC/AMC)
Patrick Bossuyt (Amsterdam UMC/VUmc)
Martine de Bruijne (Amsterdam UMC/VUmc)
Arjen Brussaard (Amsterdam UMC/AMC)
Lex Burdorf (Erasmus MC)
Jako Burgers (NHG)
Niels Chavannes (LUMC)
Matty Crone (LUMC)
Kevin de Decker (UWV)
Luc Hagens (VWS)
Jan Hamers (MUMC+)
Petra van Holst (ZN)
Laurens Hondema (RIVM)
David Jongen (NVZ)
Bart Kiemeneij (Radboudumc)
Stef Kremers (MUMC+)
Hetty Linden (Gemeente Utrecht)
Nico van Meeteren (LSH)
Jochen Mierau (RUG)
Carl Moons (UMC Utrecht)
Valentin Neevel (VWS)
Mattijs Numans (LUMC)
Hans van Oers (VWS)
Jan Paul Ottervanger (Isala)

Robin Peeters (Erasmus MC)
Elmar Pels (Patiëntenfederatie Nederland)
Menno Reijneveld (UMCG)
Michiel Rienstra (UMCG)
Liliane de Ruiter-Nanninga (VWS)
Dirk Ruwaard (MUMC+)
Casper Schoemaker (RIVM)
Marieke Schuurmans (UMC Utrecht)
Carolien Sino (Hogeschool Utrecht)
Marlies Sloovers-Dankers (VWS)
Annelein Stax (ZonMw)
Pauline Terwijn (Pantein)
Rens VandenBerg (SGF)
Arnoud Verhoeff (GGD)
Lode Wigersma (VAV)
Jos Zandvliet (ZonMw)

DIT PLAN IS GESCHREVEN OP BASIS VAN GESPREKKEN**MET EN COMMENTAREN VAN:**

Rebecca Abma-Schouten (Hartstichting)
Frank Baaijens (TU/e)
Allard van der Beek (Amsterdam UMC/VUmc)
Babs van den Bergh (VSNU)
Pauline Bongers (TNO Healthy Living)
Joke Boonstra (Erasmus MC)
Koop Bosscha (STZ)
Fons Bovens (GGD Zuid Limburg)
Jan Derk Brilman (VWS)
Brigitte Brouwer (MUMC+)
Sylvia van der Burg (KNMG)
Lucas Cornips (Gezondheidsraad)
Simone Croezen (Rijnstate)
Mat Daemen (AMC/UVA)
Han Dahlmans (MBO Raad)
Thea Dickhoff (Cliëntenraad LUMC)
Jeanne Dieleman (MMC Academie)
Petra Drankier (NFU)
Mariëtte Driessen (VSOP)
Nicole Dukers (GGD Zuid Limburg)
Stéfan Ellenbroek (InnovationQuarter)
Roland Friele (NIVEL)
Rimke Geels (Zilveren Kruis)
Jan Geertzen (UMCG)
Sjaak de Gouw (GGD Hollands Midden)
Paul van Grevenstein (Gemeenschapskracht)
Yvonne Heerkens (Hogeschool Arnhem/Nijmegen)

Hans Hofstraat (Philips)
Witte Hoogendijk (Erasmus MC)
Anja Horemans (Spierziekten NL)
Ernst Jurgens (NVAB)
Jessika van Kammen (Amsterdam UMC/UVA)
Marcel Kerkhoven (Meidoorn)
Anne-Ruthi Knevel (OCW)
Sander Koeter (CWZ)
Wanda Konijn (NVN)
Hans Kuijpers (VGZ/IZA)
Ina Kuper (Isala)
Ton Lenssen (MUMC+)
Jos van der Meer (Radboudumc)
Nelleke de Meij (MUMC+)
Geertjan Mellema (ZN)
Lizet Middelweerd (Cliëntenraad Amsterdam UMC/
VUmc)
Jean Muris (MUMC+)
Hedwig Neefs (STZ)
Alke Nijboer (V&VN)
Heleen van Nispen tot Sevenaer-Jansen (HAGA
Ziekenhuis)
Erik van Oorschot (Medical Delta)
Henk Willem Otten (ZN)
Thomas Plochg (Federatie voor Gezondheid)
Ashna Raghoebarsing (EZ)
Jacomine Ravensbergen (Avans Hogeschool)
Udo Reijnders (GGD Amsterdam)
Annemiek van Rensen (PGO Support Patiënten)

Ben Roelands (MIND)
Jeanine Roeters van Lennep (Erasmus MC)
Han de Ruiter (Hanzehogeschool Groningen)
Inge Schalkers (Harteraad)
Viviënne Schelfhout (FMS)
Miranda Schram (MUMC+)
Jahir Scoop (Cliëntenraad MUMC+)
Andrea Sellink (Astra Zeneca)
Jan Smelik (NLZVE Burgerinitiatieven)
Yvonne Snel (SAZ)
Philippine Sprenger (Raedelij)
Jaap van der Stel (LUMC)
Karien Stronks (Amsterdam UMC/UVA)
Nannah Tak (GGD GHOR)
Pauline Terwijn (Pantein)
Janine Timmers (Jeroen Bosch Ziekenhuis)
Carmen van Vilsteren (TU/e)
Sanneke van Vliet (ZonMw)
Gertine van der Vliet (Medical Delta)
Christine de Vries (Hogeschool Arnhem/Nijmegen)
Hans van der Wouden (Amsterdam UMC/VUmc)
Fanny Vuik (Promovendinetwerk)
Margriet Weide (Longfonds)
Marja Westhoff (ZonMw)
Niek de Wit (UMC Utrecht)

Fotografie

Kjell Postema, Utrecht

Vormgeving

Terralemon, Amsterdam

Druk

Drukkerij Badoux, Houten

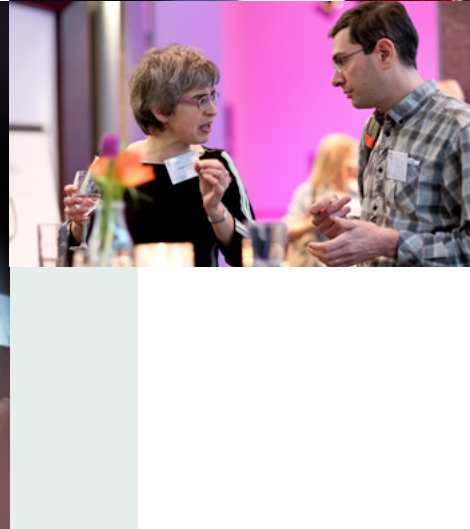
NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

nfu@nfu.nl

www.nfu.nl

april 2019

NFU-19.2122



- bredere S
 - andere in
 - hoe haalbaar is 4 om 4 in regio uit te
 => samen optrekken UMCS met financiers
 * anderszels naar hoe te peer reviewen.
 x in Hartbeidly met stakeholders: onderzoek
 als: breed consortium.
 afspreken als hoortellen: eenmaal



Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio
think globally, act locally

