

Vergaderjaar 2018–2019

**31 765**

**Kwaliteit van zorg**

**34 104**

**Langdurige zorg**

**Nr. 362**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 februari 2019

Op 5 juli 2018 heb ik u – bij de toezending van het advies «Zelfredzaamheid van ouderen» van de Gezondheidsraad – toegezegd u nader te zullen informeren over de verdere ontwikkeling van de kennisinfrastructuur in de langdurige zorg (Kamerstukken 31 765 en 34 104, nr. 340). Versterken van de kennisinfrastructuur maakt deel uit van de programma's «Thuis in het verpleeghuis» en «Volwaardig leven». In deze brief geef ik een concretisering van hetgeen reeds is opgenomen in deze programma's.

### **1 Een zwaardere zorgvraag vergt betere/meer kennis**

Ouderen of mensen met een beperking die zijn aangewezen op zorg in een verpleeghuis of gehandicapteninstelling hebben tijd en aandacht nodig van zorgverleners<sup>1</sup> die goed weten wat zij moeten doen om hen te helpen. De kwaliteit van leven van cliënten wordt voor een groot deel bepaald door zorgverleners die weten wat zij (moeten) doen. Zorgverleners hebben daarvoor naast tijd en ruimte nadrukkelijk ook vakbekwaamheid nodig. Zij moeten beschikken over de kennis, de vaardigheden en de ervaring om te herkennen wat een cliënt nodig heeft en zij weten daar met hun zorg op aan te sluiten.

#### *De complexiteit neemt toe*

De noodzaak van betere kennis wordt groter. De gemiddelde zorgbehoefte van cliënten in de Wlz neemt toe. Denk aan moeilijk verstaanbaar gedrag bij mensen met (ernstig) meervoudige beperkingen, de vergrijzing onder mensen met een handicap of de **combinatie van aandoeningen**

<sup>1</sup> Onder de verzamelterm zorgverleners worden hier alle beroepsgroepen in de Wlz-verzekerde zorg bedoeld, zoals artsen, paramedici, psychologen verzorgenden, verpleegkundigen, agogische begeleiders, orthopedagogen en helpenden. Ook gaat het om bijvoorbeeld activiteitencoördinatoren.

waarmee ouderen uiteindelijk naar het verpleeghuis verhuizen. Om aan hun zorgbehoefte tegemoet te kunnen komen moet specifieke daarop aansluitende kennis worden toegepast en waar nodig ontwikkeld. Ook is een trend dat cliënten een zorgbehoefte hebben waarvoor kennis nodig is uit verschillende sectoren. Het gaat bijvoorbeeld om ouderen of mensen met een verstandelijke beperking voor wie ook kennis nodig is uit bijvoorbeeld de GGZ.

*Kwaliteit van leven wordt bepaald door zorg, welbevinden en context*

In de langdurige zorg gaat het bij de kwaliteit van leven niet alleen over zorginhoudelijke (medische) activiteiten. Het is minstens zo belangrijk dat de activiteiten aansluiten op het welbevinden van de cliënt. De ontwikkeling van juist deze in samenhang ontwikkelde kennis staat nog in de kinderschoenen.

*Een voorbeeld: tandenpoetsen bij een cliënt die niet goed begrijpt wat er gebeurt, vraagt om expertise van de zorgverlener om ervoor te zorgen dat de cliënt zich niet ongemakkelijk of zelfs angstig voelt.*

Ook gaat het om vakbekwaamheid op het gebied van bijvoorbeeld geestelijke bijstand.

*Kennis versterkt positie van zorgverleners*

Kennis die is onderbouwd met wetenschappelijk onderzoek versterkt de positie van zorgverleners. Het is van belang dat zorgverleners zich gesteund voelen door onderbouwde kennis zodat zij binnen hun organisatie met gezag kunnen aangeven wat nodig is voor goede kwaliteit van zorg.

Mijn hoofddoelstelling is om met een betere kennisinfrastructuur de vakbekwaamheid en het handelen van de zorgverleners in de langdurige zorg permanent te (doen) versterken. Zorgverleners moeten gemakkelijk antwoord kunnen krijgen op hun kennisvragen. Waar er nog geen antwoord is moet onderzoek die antwoorden bieden. Dit is geen eenmalig proces, maar vraagt om een permanente cyclus van vragen stellen, ontwikkelen, leren en evalueren. Ik neem daartoe concrete maatregelen, waardoor de zorgverleners op deskundige wijze kunnen werken aan de kwaliteit van leven van en de zorg voor cliënten.

Overigens gaat het ook om kennis over de context waarbinnen zorg wordt verleend, bijvoorbeeld de invloed van de inrichting van de woonomgeving, toepassing van technologie of de organisatie van de zorg. Ook dergelijke kennis draagt bij aan de kwaliteit van leven van de cliënten en helpt de zorgbestuurders bij het nemen van beslissingen over de context. In deze brief werk ik uit hoe ik dit ga doen.

*Samenwerking: de noodzaak wordt breed gedeeld*

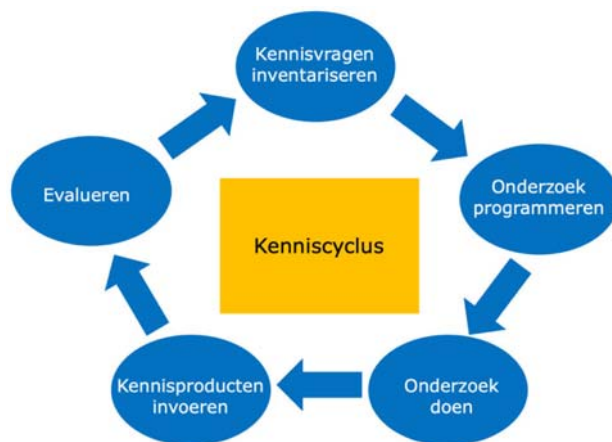
Bij het opstellen van deze brief heb ik gesproken met vele partijen, zoals het LSR, KansPlus, LFB, LOC, Verenso, V&VN, NVAVG, NVON, NIP, NVAVG, zorgverleners, zorgaanbieders, hun brancheverenigingen ActiZ en VGN, de Academische Werkplaatsen in zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg, ZonMw, NZa, Zorginstituut Nederland, ZN, Vilans, Trimbos en zorgkantoren.

De noodzaak om te werken aan de versterking van de kennisbasis in de langdurige zorg is onderschreven in het rapport van het Zorginstituut (Passend Onderzoek effectiviteit langdurige zorg, 2016)<sup>2</sup>. Uit dit rapport blijkt dat de mate waarin gebruik wordt gemaakt van bewezen effectieve zorg in de langdurige zorg beperkt is. Waar er sprake is van bewijs uit onderzoek, is die veelal van lage kwaliteit. Dit verklaart men door het ontbreken van een onderzoekstraditie en -cultuur, een ontoereikende kennisinfrastructuur en een tekort aan structurele financiering. Bovendien is kennisontwikkeling in de langdurige zorg ingewikkeld, omdat cliënten veelal meervoudige zorgvragen hebben en de zorg hand in hand moet gaan met welbevinden. Er is derhalve behoefte aan innovatieve methoden waarmee de complexiteit van de zorg goed en wetenschappelijk verantwoord onderzocht kan worden. Hiermee geeft het rapport van het Zorginstituut geen waardeoordeel over de huidige inspanningen, maar wijst op de noodzaak van versterking.

In de over dit onderwerp gevoerde gesprekken kwam naar voren dat alle partijen de noodzaak van onderling samenhangende en gestructureerde kennisontwikkeling en -verspreiding zien. Zorgverleners, zorgaanbieders, beroepsgroepen, brancheorganisaties en anderen zien dat er meer en betere kennis nodig is om tot een systematische kwaliteitsverbetering te komen voor de steeds complexere zorgvraag in de langdurige zorg.

## 2 Doelstelling

Mijn hoofddoelstelling is dat cliënten die aangewezen zijn op de Wlz zich verzekerd weten van zorgverleners die hun vak kennen en met steeds betere kennis zorg verlenen. De weg hiernaar ligt in het versterken van het professioneel handelen door zorgverleners met kennis en beroepsgerelateerde vaardigheden. Daartoe richt ik een kenniscyclus in voor het permanent versterken van de vakbekwaamheid en het professioneel handelen van de zorgverleners in de langdurige zorg. Daarbij gaat het om het tot stand brengen van een onderzoekende werkwijze in een lerende cultuur. Dit is ook de doelstelling van de kwaliteitskaders in zowel de ouderen- als de gehandicaptenzorg. Dit vergt een permanente cyclus van vragen stellen, ontwikkelen, implementeren, leren en evalueren, zoals hierna is weergegeven. Dit is een modelmatige weergave. In de uitvoering zal dit dynamisch plaatsvinden, bijvoorbeeld door het doen van onderzoek dat zo veel mogelijk door zorgverleners zelf plaatsvindt.



<sup>2</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2016/12/15/passend-onderzoek-effectiviteit-langdurige-zorg>

Om deze kenniscyclus tot stand te brengen neem ik concrete maatregelen, waardoor de zorgverleners steeds beter weten hoe zij moeten werken aan de kwaliteit van leven van cliënten. Hiermee investeer ik ook in de kwaliteitsverbetering: op de kortere termijn door de nu al beschikbare kennis te ontsluiten voor de zorgverleners, op de langere termijn door betere en nieuwe kennis te laten ontwikkelen.

### **3 Wat gaan we doen?**

De maatregelen om genoemde doelstelling te bereiken werk ik hierna uit. Ik noem hierbij diverse actoren. Ten behoeve van de leesbaarheid van de brief benoem ik niet uitputtend hun activiteiten, maar beperk me tot het zwaartepunt daarvan.

#### **3.1 Vragen van zorgverleners inventariseren en beantwoorden**

*Wat hebben we al gedaan?*

Zorgverleners willen de best mogelijke zorg en ondersteuning bieden aan cliënten. Daarbij kunnen zij tegen vragen aanlopen. Bijvoorbeeld: hoe om te gaan met complex probleemgedrag bij mensen met een beperking? Of: hoe om te gaan met bewoners van een verpleeghuis die het slecht met elkaar kunnen vinden?

Zorgverleners moeten deze en andere vragen hoe zij de zorg het beste kunnen verlenen kunnen stellen<sup>3</sup>. Indien de kennis er is, moeten zij die gemakkelijk kunnen ontvangen. Ik heb Vilans gevraagd om in samenwerking met andere partijen zoals ZonMw, de Academische Werkplaatsen, beroepsorganisaties als V&VN, brancheorganisaties en SKILZ<sup>4</sup> de kennisvragen van de zorgverleners te inventariseren en waar mogelijk direct te beantwoorden.

De doelstelling van Vilans is om alle zorgverleners in de langdurige zorg in staat te stellen kennisvragen aan te dragen. In eerste instantie benut Vilans daartoe haar kennispleinen en sluit aan bij onderzoek naar de kennisbehoefte van de zorgverleners. Daarnaast organiseert Vilans focusgroepen met zorgverleners om rechtstreeks van hen te vernemen welke vragen bij hen leven. Uit deze inventarisatie zijn tot nu toe circa 1.000 kennisvragen naar voren gekomen. Ongeveer 60% van deze vragen leeft bij zorgverleners in de gehandicaptenzorg, de overige 40% bij zorgverleners in de ouderenzorg. Hierna in paragraaf 3.3 is overigens aangegeven dat ook bij het doen van onderzoek de zorgverleners en de cliënten een voorname rol spelen, om zo de aansluiting tussen praktijk en onderzoek goed vorm te geven.

De vragen van zorgverleners hebben betrekking op de wijze waarop zij de kwaliteit van leven van cliënten kunnen vergroten. Voorbeelden van deze vragen zijn:

- wat doet koffie bij iemand met Huntington?
- wat is de relatie tussen uren slaap en epilepsie?
- hoe kom ik er achter wat een cliënt bedoelt met zijn houding en geluiden?
- welk soort laken kan ik het beste gebruiken bij decubitus?

<sup>3</sup> De vragen van de zorgverleners kunnen veelvormig zijn, het antwoord kan soms te vinden zijn in een praktijkvoorbeeld, een zorgstandaard of anderszins.

<sup>4</sup> Door Verenso, de V&VN en de NVAVG is recent de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) opgericht o.a. om gezamenlijk multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen.

Indien antwoorden op deze vragen beschikbaar zijn, verwijst Vilans de zorgverleners naar deze antwoorden. Het beantwoorden van deze vragen doet Vilans aan de hand van het beschikbaar stellen van de kennis die in het verleden is opgedaan en die nu beschikbaar komt. Deze antwoorden worden veelal digitaal gegeven, bijvoorbeeld via de kennispleinen die Vilans onderhoudt of de site met de bewezen interventies. Daarnaast zal Vilans bijeenkomsten organiseren voor mensen die in de langdurige zorg werkzaam zijn en onderzoekers, dit om met elkaar kennis te delen (zie ook hierna).

Zorg voor Beter is het kennisplein voor zorgverleners in de ouderensector. Op de website staat kennis voor zorgverleners van verschillende zorgaanbieders, onderzoekers en experts in de sector. Het kennisplein is een doorgeefkanaal van kennis die op meer plaatsen ontwikkeld wordt en in samenhang door Vilans wordt gepresenteerd. Maandelijks trekt de website vele bezoekers, in oktober 2018 zelfs 232.000. De digitale nieuwsbrief gaat wekelijks naar 28.000 abonnees. 11.500 zorgverleners volgen Zorg voor Beter op Facebook. Op dit moment staan er 28 thema's op het kennisplein, zoals medicatieveiligheid, hygiëne en mondzorg. Deze thema's rubriceren de informatie en geven de belangrijkste inhoud weer.

*Een voorbeeld van informatiedeling via het kennisplein betreft de zorg voor mensen met dementie. Onbegrepen gedrag, zoals roepen, onrustig zijn of geagiteerd reageren/agitatie, komt voor bij 80% van de mensen met dementie. Dit soort gedrag zorgt voor een verminderde kwaliteit van leven bij bewoners en een verhoogde belasting van zorgverleners. Regelmatig worden psychofarmaca gebruikt om probleemgedrag te onderdrukken: middelen waarvan het effect beperkt is en de bijwerkingen hoog. Toch gebruikt rond 65% van de verpleeghuisbewoners met dementie psychofarmaca. Op het kennisplein staat de aanpak «Grip op probleemgedrag». Deze bestaat uit scholing en een stappenplan voor het hele zorgteam. De stappen zijn: signaleren, analyseren, behandelen en evalueren. De zorgmedewerkers, psycholoog en specialist ouderengeneeskunde hebben ieder hun eigen rol en verantwoordelijkheden in dit proces, dat door de aanpak wordt gestructureerd. GRIP is effectief gebleken in het verminderen van probleemgedrag en psychofarmacagebruik bij bewoners met dementie. Hierdoor daalt de werkdruk voor zorgverleners en neemt hun werktevredenheid toe.*

Daarnaast is er het kennisplein voor de gehandicaptensector.

*Een voorbeeld van informatiedeling op het kennisplein gehandicaptenzorg is de behandelvorm «Sterker dan de kick». Ook mensen met een licht verstandelijke beperking kunnen verslaafd raken. Bijvoorbeeld aan alcohol en drugs, maar ook aan internet en videogames. Daarom is training «Sterker dan de kick» ontwikkeld.*

*Het doel van de training «Sterker dan de kick» is om mensen met een licht verstandelijke beperking vanuit zichzelf te motiveren om het gebruik of misbruik van middelen te veranderen (autonome motivatie). In 2015 is «Sterker dan de kick» erkend door de Erkenningscommissie Gehandicaptenzorg.*

De kennisvragen van zorgverleners waarop nog geen antwoord beschikbaar is, of die nader onderzocht kunnen worden, geeft Vilans door aan partijen die kunnen bijdragen aan de beantwoording daarvan, zoals ZonMw.

*Wat gaan we verder doen?*

Zoals aangegeven is de doelstelling om alle zorgverleners in de langdurige zorg in staat te stellen kennisvragen aan te dragen en deze te beantwoorden. Een belangrijk element daarbij is dat zorgverleners hun kennisvragen vanuit de wens en behoefte van de cliënt formuleren. We willen zo veel mogelijk zorgverleners bereiken. De planning is dat Vilans hiervoor in het voorjaar van 2019 een strategie heeft uitgewerkt. Daarbij werkt Vilans samen met partners zoals beroepsorganisaties en SKILZ.

Het beoogd resultaat is dat in 2020 50% van de zorgverleners in de langdurige zorg weet dat zij hun kennisvragen aan Vilans kunnen stellen, zij daarop antwoord krijgen, en aangeven beter te weten hoe zij kunnen werken aan de kwaliteit van leven van de bewoner.

Ik zal Vilans vragen om hiernaar jaarlijks een meting onder zorgverleners uit te voeren.

### **3.2 Onderzoek programmeren**

*Wat hebben we al gedaan?*

Vragen van zorgverleners waarop nog geen antwoord beschikbaar is, vereisen onderzoek om de vragen alsnog te kunnen beantwoorden. Op verzoek van VWS heeft ZonMw daartoe onderzoeksprogramma's vormgegeven. Hierna volgt een overzicht.

– *Gehandicaptenzorg: Gewoon Bijzonder*

Dit is een kennisprogramma gericht op gezondheid, participatie, en gedrag/welbevinden voor mensen met een beperking. Er is veelal sprake van participatief onderzoek, onderzoek waarbij cliënten zelf betrokken zijn. Zij zijn niet alleen onderwerp van onderzoek, maar zijn ook co-onderzoekers. Er vindt bijvoorbeeld onderzoek plaats gericht op een betere kwaliteit van leven, zoals hoe de ondersteuning van een gezonde leefstijl bij mensen met verstandelijke beperkingen kan worden vormgegeven. Een ander voorbeeld is het ontwikkelen van een signaleringsprogramma om te voorkomen dat jongeren met een licht verstandelijke beperking (lvb) slachtoffer worden van loverboys. Het programma Gewoon Bijzonder draagt bij aan de realisatie van onderdelen van «Volwaardig leven», zoals «We zien je wel». Er zijn kennisbundels verschenen, waarin de kennis rond een onderwerp is samengevoegd (bijvoorbeeld mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel of mensen met Licht verstandelijke beperking). Deze worden onder andere aan ROC's aangeboden. Gewoon Bijzonder is in 2015 van start gegaan. Het programma loopt 8 jaar. De eerste fase (met een budget van € 8,75 miljoen) loopt in maart 2019 af. Dan start de tweede fase. Daarvoor is een vergelijkbaar budget voorzien.

*Een onderzoek dat binnenkort van start gaat, is het zogenaamde «Pro» programma. Pro is een samenwerkingsverband van zorgaanbieders uit de gehandicaptenzorg (ASVZ, Pluryn en Trajectum) en zorgkantoren die hebben geconstateerd dat het moeilijk is om de zorg goed vorm te geven voor een groep cliënten met ernstige gedragsproblemen. Door middel van onderzoek willen zij in beeld brengen hoe de zorg voor deze mensen zo vorm kan krijgen dat ook voor hen een goede kwaliteit van leven mogelijk wordt. Tijdens het onderzoek werken zij samen met vele andere zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg zodat deze de tussentijdse onderzoeksresultaten mee kunnen nemen in hun zorgverlening. Het ligt voor de hand*

*dat dit type onderzoek (waarbij het om leren en verbeteren met anderen gaat) in de toekomst meer zal plaatsvinden.*

*– Dementie onderzoek: Memorabel*

Het onderzoeks- en innovatieprogramma Memorabel maakt deel uit van het Deltaplan Dementie. Doel van het programma is de kwaliteit van leven van mensen met dementie en de aan hen geleverde zorg en ondersteuning te verbeteren. Dit gebeurt door het uitvoeren van onderzoek en het ontwikkelen en toepassen van effectieve en doelmatige instrumenten, interventies en zorgmodellen. Het programma wil bijdragen aan een minder sterke toename van het toekomstig aantal mensen met dementie, aan de kwaliteit van leven van mensen met dementie en hun mantelzorgers, aan kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing in de diverse sectoren (care, welzijn, wonen, preventie, cure) en aan de innovatiekracht van bedrijven. Er is € 65 miljoen beschikbaar voor het programma dat tot 2020 loopt.

*– Palliatieve zorg: Palliantie*

Het onderzoeksprogramma Palliantie is gericht op palliatieve zorg. Het programma wordt uitgevoerd door onder andere de zeven academische centra voor palliatieve zorg. Het gaat in dit programma enerzijds om het doen van onderzoek en anderzijds om de implementatie van de onderzoeksresultaten. Het programma loopt van 2015 tot en met 2020. Per jaar is circa € 8 miljoen beschikbaar. Inmiddels lopen er circa 60 projecten. Onderzoek vindt bijvoorbeeld plaats naar de vraag hoe zorg gedurende de stervensfase zorgvuldig moet worden afgestemd op de behoefte van patiënt en diens naasten, het bestrijden van pijn, (ook bij mensen met een beperking).

*Wat gaan we verder doen?*

*– Programma langdurige zorg en ondersteuning (LZO)*

Dit is een nieuw onderzoeksprogramma dat ik heb aangekondigd in zowel «Thuis in het verpleeghuis», «Volwaardig leven» en «Langer Thuis». Het wordt in mijn opdracht uitgevoerd door ZonMw. Er is een budget aan verbonden van in totaal € 8 miljoen per jaar voor de periode 2018–2021. Het doel van het LZO is het versterken, toetsbaar maken en verspreiden van de wetenschappelijke kennis in de langdurige zorg en ondersteuning en het faciliteren van lerende netwerken integrale zorg en ondersteuning rondom thuiswonende ouderen en gehandicapten.

Het beoogd resultaat van de onderzoeksprogramma's Gewoon Bijzonder, Memorabel, Palliantie en LZO is het verkrijgen van betere kennis voor zorgverleners zodat deze beter in staat zijn om te werken aan de kwaliteit van leven van kwetsbare cliënten. Ik zal ZonMw als verantwoordelijk financier van genoemde programma's vragen om:

- Zeker te stellen dat de kennis die voortkomt uit deze programma's ter beschikking komt van Vilans voor het beantwoorden van kennisvragen van zorgverleners;
- Mij aan het eind van elk jaar te rapporteren over de effectiviteit van deze onderzoeksprogramma's (in onderlinge samenhang) en mij te adviseren over mogelijkheden de effectiviteit te vergroten.

Het LZO staat open voor onderzoeksprojecten in zowel de Wlz als de Wmo. De programmering van het onderzoek in de Wlz vindt plaats aan de hand van de door Vilans geïnventariseerde kennisvragen van zorgverleners. De resultaten van onderzoek komen o.a. in de kennispleinen van

de sector die door Vilans worden beheerd. Voor de Wlz-onderzoeksprojecten is jaarlijks € 4 miljoen beschikbaar.

### 3.3 Onderzoek uitvoeren

*Wat hebben we al gedaan?*

Op de onderzoeksprogramma's van ZonMw kunnen vele partijen intekenen. Het kan bijvoorbeeld gaan om (samenwerkende) zorgaanbieders, kennisinstellingen, universiteiten, HBO's, ROC's of academische werkplaatsen.

Wenselijk is dat de zorgverleners in de langdurige zorg zelf deelnemen aan het onderzoek. Immers, zij weten het beste wat zij nodig hebben in de praktijk. Deelname aan onderzoek stelt hen in staat om ook zelf te werken aan het versterken van de vakbekwaamheid van zichzelf en hun collega's. Het zelf bijdragen aan de versterking van het vak draagt bovendien bij aan de ontplooiingsmogelijkheden van zorgverleners. Indien zorgverleners van een zorgaanbieder onderzoek doen, draagt dit daarnaast bij aan het zijn van een lerende organisatie voor de gehele instelling. Participatie van zorgverleners aan het onderzoek vraagt om toepassing van onderzoeksmethoden die aansluiten op de wijze waarop zij werken. Hierdoor ontstaat een onderzoekende cultuur waarbij zorgverleners samen met universiteiten en HBO's kunnen werken aan betere kwaliteit van leven van cliënten.

Zowel bij het formuleren van kennisvragen als bij het uitvoeren van onderzoek vergroot de betrokkenheid van cliënten de effectiviteit ervan. Immers, cliënten en hun verwanten kunnen het best aangeven wat bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Hun betrokkenheid inspireert bovendien zorgverleners om tot de beste antwoorden te komen.

Diverse zorgaanbieders hebben in het verleden reeds geconstateerd dat er betere kennis nodig is om goed aan de zorgbehoefte van cliënten te kunnen voldoen. Zij hebben de samenwerking gezocht met universiteiten om gezamenlijk onderzoek te kunnen doen. Daartoe hebben zij de Academische Werkplaatsen ingericht. In deze werkplaatsen bespreken zorgorganisaties met universiteiten welke kennis het meest nodig is om de kwaliteit van leven van cliënten te versterken. De uitvoering van het onderzoek ligt grotendeels bij de zorgverleners, terwijl de universiteiten en lectoraten het wetenschappelijk gehalte van het onderzoek borgen. Deze Academische Werkplaatsen laten zien hoe samenwerking vanaf de werkvloer tot en met de universiteit goed mogelijk is.

*Een voorbeeld hiervan komt van de Academische Werkplaats Groningen. Mensen met dementie zijn vaak niet meer in staat om aan te geven dat ze pijn hebben. Pijn wordt daarom niet altijd goed onderkend en verholpen. Wat onbehandelde pijn betekent voor de kwaliteit van leven, helemaal bij iemand met dementie, behoeft geen nadere toelichting. De Academische Werkplaats werkt samen met de zorgverleners aan herkenning van pijn en behandeling van pijn bij mensen met dementie, zodat die voortaan structureel beter plaatsvindt.*

*Een ander voorbeeld is dat uit recent onderzoek van de Academische Werkplaats Groningen blijkt dat 47% van de bewoners van verpleeghuizen last heeft van jeuk, waarvan 81% chronisch. De Academische Werkplaats Groningen heeft een infographic ontwikkeld met praktische handreikingen aan zorgverleners om de jeuk van de bewoners te herkennen en weg te nemen.*



Zoals aangegeven in «Thuis in het verpleeghuis» en «Volwaardig leven» heb ik de Academische Werkplaatsen in zowel de ouderenzorg als de gehandicaptenzorg een financieel fundament geboden via een ZonMw-programma. Alle onderzoeksresultaten die uit dit onderzoek voortkomen, zullen ook opgenomen worden op de kennispleinen van Vilans, zodat alle zorgverleners de kennis kunnen vinden. In zowel het voorjaar als het najaar voer ik, samen met ZonMw, overleg met de Academische Werkplaatsen over de resultaten die zij behalen.

*Wat gaan we verder doen?*

*– Expertisecentra voor specifieke groepen*

Er is onderzoek nodig naar een aantal specifieke groepen cliënten waarvan het aantal relatief klein is, terwijl de zorgbehoefte complex is. Enkele voorbeelden zijn: mensen met de ziekte van Huntington (circa 1.600 cliënten, waarvan circa 300 in een verpleeghuis wonen), het syndroom van Korsakov (circa 8.000 cliënten, waarvan circa 2.500 in een verpleeghuis wonen), **Multiple sclerose** (17.000, waarvan een klein deel instellingszorg nodig heeft) en ernstig meervoudige beperkingen.

Het gaat om cliënten met een medische conditie waarvoor specifieke kennis nodig is om de kwaliteit van de zorg te borgen. Veelal wonen de cliënten uit de specifieke doelgroepen tussen andere cliënten. Het is de vraag of het voor zorgaanbieders mogelijk is de zorg voor specifieke groepen goed vorm te geven als zij relatief weinig met cliënten uit deze doelgroepen te maken hebben.

In de curatieve zorg is het gebruikelijk om de zorgverlening, onderzoek en opleiding voor kleine cliëntgroepen te bundelen. In de langdurige zorg is de stichting TopCare speciaal om deze reden opgericht. De aan de stichting TopCare verbonden zorgaanbieders hebben zich tot doel gesteld om zo goed mogelijke zorg aan juist deze groepen te bieden. Om zicht te krijgen op de groepen waarom het gaat en wat nodig is hun goede zorg te bieden, heb ik KPMG gevraagd hier onderzoek naar te doen. Zie verder de actieagenda in paragraaf 4. Dit sluit ook aan bij het programma «Volwaardig leven».

Beoogd resultaat is om voor specifieke groepen in de Wlz met een hoog complexe zorgvraag de benodigde waarborgen in het stelsel te treffen zodat ook voor hen de kwaliteit van leven geborgd kan worden. Het KPMG- onderzoek is voor de zomer van 2019 gereed. Kort na de zomer van 2019 zal ik de Kamer hierover schriftelijk informeren.

*– Basisregistratie*

Het verbeteren van kwaliteit van zorg vraagt om het kunnen doen van wetenschappelijk onderzoek naar «wat werkt». Het opbouwen van een set aan gegevens met kenmerken van cliënten en de zorg die zij ontvangen kan daarbij helpen. Ik zal daartoe twee initiatieven uit het veld ondersteunen.

*Basisregistratie ouderenzorg: Verenso en Academische Werkplaats VU*

Gecoördineerd door de Academische Werkplaats van de VU hebben de zes Academische Werkplaatsen voor de ouderenzorg in beeld gebracht welke kenmerken van verpleeghuisbewoners en van de zorg die zij ontvangen, veelzeggend zijn voor onderzoek. Deze inzichten zijn samengebracht in een dataset. Daarnaast heeft Verenso onder de specialisten

ouderengeneeskunde geïnventariseerd of zij bereid zijn om deze gegevens vast te leggen. Omdat de specialisten ouderengeneeskunde ook vinden dat kennisontwikkeling nodig is om goede zorg voor bewoners van verpleeghuizen te leveren, zijn zij daartoe bereid. Door Verenso en de Academische Werkplaatsen wordt gezamenlijk een plan opgesteld om een dataset te ontsluiten op basis waarvan onderzoek gedaan kan worden. Deze dataset kan dan gebruikt worden voor het ontwikkelen van richtlijnen voor goede zorg, het opstellen en «vullen» van indicatoren en het doen van onderzoek. Het eerste deel van 2019 zullen Verenso en de Academische Werkplaatsen werken aan randvoorwaardelijke aspecten (zoals het borgen van privacy en een informatieprotocol). De daadwerkelijke start van de ontwikkeling zal na de zomervakantie van 2019 zijn. Dit is geen nieuwe administratieve verplichting voor alle instellingen. Het betreft hier alleen de instellingen die zelf hieraan mee willen gaan doen, omdat zij de wenselijkheid hiervan zien.

#### *Basisregistratie gehandicaptenzorg: «Sterker op eigen benen»*

Door de Academische Werkplaats «Sterker op eigen benen» zijn voorstellen gedaan met dezelfde doelstelling, te bereiken via een andere aanvieligroute. Ook hier gaat het om het kunnen verzamelen van gegevens zodat wetenschappelijk onderzoek mogelijk wordt waarmee uiteindelijk de kwaliteit van leven van cliënten wordt verbeterd. Genoemde Academische Werkplaats geeft aan dat de leden (zoals SiZa, de Twentse Zorgcentra, 's Heeren Loo, Driestroom, Pluryl) in hun elektronische cliënten dossiers (ECD) veel gegevens rondom een cliënt vastleggen. Het betreft een combinatie van zorggegevens en gegevens over onder andere begeleiding, wonen, slapen, eten en drinken, werk en dagbesteding, bewegen, leren en vrije tijd. Zij willen bezien of het mogelijk is deze gegevens samen te voegen en te analyseren. Zij verwachten dat hierdoor meer kennis ontstaat over de gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking.

Het beoogd resultaat is zicht krijgen op de zorg die cliënten in verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen nodig hebben, ontvangen en de effectiviteit daarvan. Hierdoor ontstaat een set van gegevens in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg waarmee onderzoek gemakkelijker mogelijk wordt. Medio 2019 wil ik zicht hebben op de concrete uitwerking en planning hieromtrent.

### **3.4 Vergroting vakbekwaamheid van zorgverleners**

De kwaliteit van de zorg is gebaat bij zorgverleners die de meest actuele kennis gebruiken. Dit geldt voor zorgverleners die al werken in de langdurige zorg en voor zorgverleners die nog worden opgeleid.

#### *Wat hebben we al gedaan?*

Voor een deel wordt de kennis al beschikbaar gesteld aan zorgverleners. Dat doet Vilans via kennispleinen en ZonMw via haar website en publicaties. Een specifieke plaats nemen de Academische Werkplaatsen in die met hun participanten werken aan de verspreiding van nieuwe zorgvormen.

*Een voorbeeld hoe de Academische Werkplaatsen werken, komt van Tranzo, de Academische Werkplaats «Leven met een verstandelijke beperking» uit Tilburg. Zij hebben medewerkers die ervoor zorgdragen dat de kennis uit wetenschappelijk onderzoek wordt aangeboden in een voor zorgverleners werkbare vorm.*

### – Beroepsstandaarden

Door Verenso, de V&VN en de NVAVG is recent de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ) opgericht. Deze drie beroepsorganisaties hebben zich verenigd om gezamenlijk te werken aan het ontwikkelen van multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden. In deze standaarden komt de meest actuele kennis samen met de meest recente inzichten vanuit de beroepsorganisatie om zo de standaard voor goede zorg vast te stellen. Hierdoor ontstaan waarborgen voor toepassing van de meest actuele kennis. Voorbeelden van standaarden waarop SKILZ zich in eerste instantie zal richten zijn:

- zelfmanagementondersteuning van cliënten;
- slaapstoornissen;
- voedings- en slikproblemen;
- mondzorg;
- (anticiperende) medische besluitvorming rondom levenseinde en wilsonbekwaamheid.

Daarnaast wil SKILZ zich richten op kennishiaten die de individuele kennisvragen te boven gaan. SKILZ wil daartoe bestaande kennis gebruiken.

VWS zal het werk van deze organisatie financieel mogelijk maken.

Het beoogd resultaat is dat standaarden voor goede zorg op de voornaamste processen door de beroepsorganisaties worden uitgewerkt.

De planning is dat in 2019 reeds de eerste standaarden worden opgeleverd.

#### **3.4.1 Zorgverleners die werken in de langdurige zorg**

In de langdurige zorg werken artsen, psychologen, gedragsdeskundigen, paramedici (onder meer fysiotherapeuten en ergotherapeuten), geestelijk verzorgers, verpleegkundigen, verzorgenden, agogisch begeleiders, helpenden. Wat hen bindt is dat zij allen ondersteuning en zorg bieden aan zeer kwetsbare cliënten en dat zij dit zo goed mogelijk willen doen. Daartoe is het van belang dat zij allen leren en verbeteren. Om dit te bereiken is het voor elk van de beroepsgroepen belangrijk om aan te sluiten bij de manier van leren die voor hen het beste werkt.

##### *Doen bij Depressie*

*Een voorbeeld van kennis die beschikbaar is en breder toegepast en verspreid moet worden komt van de Academische Werkplaats ouderenzorg Nijmegen.*

*De ouderenpsychologen van de zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de Academische Werkplaats constateerden dat zij gezamenlijk moesten werken aan de verbetering van de depressiezorg in hun organisaties. Samen hebben zij onderzocht welke beoordelingsinstrumenten moesten worden gebruikt en welke behandeling van depressie het beste werkt, en hoe dat te integreren in de dagelijkse praktijk. Dit resulteerde in het zorgprogramma «doen bij depressie». De Academische Werkplaats ontwikkelde een «implementatiepakket» ([www.doen-bij-depressie.nl](http://www.doen-bij-depressie.nl)) waarmee inmiddels ongeveer 140 psychologen en 870 verzorgenden zijn opgeleid om deze methode toe te passen. Ook is een implementatietraining ontwikkeld voor professionals die de implementatie van innovaties gaan coördineren in hun eigen organisatie.*

Bepalend voor de mate waarin zorgverleners leren is het «klimaat» waarin zij werken en de wijze waarop kennis wordt aangeboden. Met het klimaat wordt bedoeld dat leren binnen de organisatie wordt gestimuleerd.

Zorgverleners moeten per cliënt achterhalen wat nodig is voor een goede kwaliteit van leven, en daartoe over de kennis beschikken of kunnen opdoen. Gezien de complexiteit van de zorgvraag gaat het veelal om multidisciplinaire kennis.

Er moet voldoende tijd en ruimte zijn voor de zorgverleners om te leren. Het is van groot belang dat bestuur en management dit klimaat bevorderen, omdat juist «leren» in de drukte van alle dag tussen wal en schip kan vallen. Veel zorgverleners leren in de eerste plaats door zelf ervaring op te doen met nieuwe manieren om zorg te bieden aan de cliënten. Zij leren op de werkvloer door samen met collega's en anderen te werken en opbouwende feedback te krijgen c.q. in teamverband te reflecteren. Ook in de kwaliteitskaders in de langdurige zorg is dit een voorname doelstelling.

*Een voorbeeld van kennis die zorgverleners gezamenlijk hebben ontwikkeld komt van het kennisplein Zorg voor Beter. Gebruik van technologie in de zorg is van belang voor kwaliteit, veiligheid, ARBO en andere onderwerpen. Het adequaat toepassen van beeldschermzorg, online dossiers, wearables en gezondheidsapps is volop in ontwikkeling. Op het kennisplein staan uit de praktijk afkomstige voorbeelden en beproefde methoden die antwoord geven op vragen zoals: hoe zet je eHealth in? Waar begin je en hoe krijg je je collega's mee?*

*Een ander voorbeeld van leren komt van de Academische Werkplaats Vrije Universiteit. Zij hebben een spel ontwikkeld om te helpen pestgedrag te herkennen en hanteerbaar te maken. Het spel wordt gespeeld door ouders van kinderen of volwassenen met een beperking met leerkrachten en begeleiders. Het spel is gratis te spelen op [www.stopnumetpesten.nl](http://www.stopnumetpesten.nl)*

Er zijn diverse voorbeelden in het veld om het leren op de werkvloer vorm te geven. Er zijn bijvoorbeeld zorgaanbieders die experts in hun eigen organisatie vragen om hun kennis over te dragen aan collega's. Er zijn ook zorgaanbieders die eigen leerorganisaties (een eigen academie) hebben ingericht. Zo zijn er vele vormen mogelijk.

*Wat gaan we verder doen?*

Er is een aantal goede voorbeelden, maar over het algemeen is de afstand tussen nieuwe kennis en de toepassing daarvan door zorgverleners groot. Slechts een beperkt deel van de zorgverleners die werkzaam zijn in de langdurige zorg wordt bereikt. Bovendien is het beschikbaar stellen van kennis aan zorgverleners nog niet hetzelfde als het toepassen van deze nieuwe kennis door zorgverleners. Hiervoor is meer nodig. De vele betrokkenen hebben aangegeven dat juist hier nog een weg te gaan is. Gelukkig hebben deze partijen zich bereid verklaard dit samen met VWS nader uit te werken. Het in beeld brengen van wat gedaan kan worden om nieuwe zorgvormen breed in de praktijk te brengen maakt dan ook onderdeel uit van de actieagenda in paragraaf 4 van deze brief.

*Lerende omgeving voor zorgverleners (implementatie van kennis)*

Voor de kwaliteit van leven van cliënten is het van belang dat zorgverleners beschikken over de meest actuele kennis. Terwijl er diverse goede voorbeelden zijn, is er nog een weg te gaan om nieuwe kennis zo te ontsluiten dat deze past bij de wijze waarop zorgverleners leren. Met partijen zal ik dit nader uitwerken. Beoogd resultaat is dat de uitwerking na de zomer van 2019 gereed is zodat ik op basis daarvan het beleid verder kan vormgeven.

### 3.4.2 Zorgverleners in opleiding

*Wat hebben we al gedaan?*

Nieuwe zorgverleners die gaan werken in de langdurige zorg maken zich tijdens hun opleiding de meest actuele kennis eigen. Door deze kennis over te dragen aan hun collega's die al jaren aan het werk zijn, kunnen ook die zorgverleners leren over nieuwe inzichten. Van ervaren collega's kunnen de nieuwe zorgverleners leren wat jaren praktijkervaring brengt. Hier kan dus een mooie wisselwerking ontstaan tussen onervaren en ervaren zorgverleners.

*Een voorbeeld komt van de Academische Werkplaats ouderenzorg Amsterdam. Hier zijn MBO-studenten verpleging ingezet om hun collega's (de vaste medewerkers van zorgaanbieders) te scholen in het toepassen van goede handhygiëne. Hierdoor nam de naleving van de richtlijn hierover toe van 35% naar 78%. Zo wordt de kans op verspreiding van infecties veel kleiner.*

*Wat gaan we verder doen?*

Zorgaanbieders geven aan dat de zorgverleners die van school komen niet altijd beschikken over de meest actuele kennis, terwijl het wel wenselijk is dat nieuw ontwikkelde kennis gemakkelijk een weg vindt naar de opleidingen. In het veld wordt soms aangegeven dat er belemmeringen zijn die verhinderen dat de nieuwe kennis wordt aangeboden aan zorgverleners in opleiding. Het Ministerie van Onderwijs heeft recent in beeld gebracht dat de wet- en regelgeving hierbij niet hinderend is, en heeft daartoe de publicatie «Ruimte in Regels, handvatten voor goed en innovatief onderwijs» uitgebracht (oktober 2018). Wel was de constatering dat de verbinding tussen het ontstaan van nieuwe kennis en onderwijs nog beter georganiseerd kan worden. Met partijen zal ik gaan werken aan versterken van deze verbinding.

Gelukkig zijn er diverse voorbeelden waarbij onderzoek en onderwijs bij elkaar komen.

*Een voorbeeld hiervan komt van de Academische Werkplaats «Sterker op eigen benen» (verbonden aan het Radboud). Uit het onderzoek dat zij gedaan hebben, kwam een methode naar voren om na te gaan of mensen met een verstandelijke beperking voldoende bewegen en indien nodig aangezet kunnen worden om meer te bewegen. Zij organiseerden voor de ROC's waarmee de deelnemende zorgaanbieders samenwerken een bijeenkomst om de onderzoeksresultaten over te dragen.*

Het beoogd resultaat is dat de misverstanden over de vermeende belemmeringen rond de toeleiding van nieuwe kennis naar de opleidingen zijn weggenomen, en dat een goede verbinding tussen de partijen die nieuwe kennis ontwikkelen en de onderwijsorganisaties tot stand is gekomen. In 2019 werk ik met partijen een plan uit om dit te realiseren.

*– Domeinoverstijgende expertise*

Hiervoor heb ik aangegeven dat er steeds meer cliënten zijn met een zorgbehoefte waarvoor kennis nodig is uit meer sectoren. Het gaat bijvoorbeeld om ouderen of mensen met een verstandelijke beperking die ook kennis nodig hebben uit de GGZ. Er bestaat nog geen eenduidig beeld van datgene waaruit de zorg voor deze groep mensen moet bestaan, wat dit bijvoorbeeld vraagt van de samenstelling van een multidisciplinair

team en de kennis op het gebied van medicatie. Een onderdeel van het Trimbos instituut is het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP)<sup>5</sup>. Dat doet hiernaar eerste verkenningen. Ook is het wenselijk om een verkenning uit te voeren voor de gehandicaptenzorg in relatie tot GGZ-expertise. Op basis hiervan zal ik begin 2019 een bijeenkomst organiseren om de modaliteiten in kaart te brengen om de domeinoverstijgende expertise verder gestalte te geven. Op basis hiervan wil ik in het voorjaar het verdere proces in beeld hebben.

Gepland is om de verkenning in 2019 gereed te hebben. Op basis daarvan zal nadere beleidsvorming plaatsvinden.

### **3.5 Evaluatie van kennis**

*Wat gaan we doen?*

Kennis kan verouderd raken en worden ingehaald door nieuwe inzichten. Het is wenselijk om periodiek de bestaande kennis te evalueren op actualiteit en juistheid. Hieruit kunnen nieuwe kennisvragen voortkomen. Ook kan worden geconstateerd dat kennis dusdanig is verouderd dat deze niet langer toegepast moet worden. Ik zal het Zorginstituut vragen om te adviseren over de mogelijkheden om tot systematische evaluatie van kennis in de langdurige zorg te komen.

Beoogd resultaat is een systematische evaluatie van kennis vorm te geven. Ik vraag het Zorginstituut Nederland om mij hierover in 2019 te adviseren. Mede op basis daarvan zal ik in 2020 het evaluatieproces van kennis inrichten.

### **3.6 Financiering van de kennisinfrastructuur**

*Wat hebben we al gedaan?*

Veel van de kennisontwikkeling voor betere kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven is nu afhankelijk van (incidentele) subsidies en andere bronnen die niet gekoppeld zijn aan de daadwerkelijke zorgverlening. De financiering van de Academische Werkplaatsen in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg en die van SKILZ is reeds structureel vormgegeven zodat zij met meerjarige plannings aan hun doelstellingen kunnen werken. De middelen die de zorgaanbieders ontvangen zijn gekoppeld aan de zorgverlening van de cliënten. Middelen vrij maken voor kennisontwikkeling voelt voor vele zorgaanbieders als het onttrekken van middelen aan de zorg voor cliënten. Hierdoor is er niet altijd voldoende eigenaarschap bij de zorgaanbieders voor kennisontwikkeling en het ontwikkelen van een cultuur op de werkvloer waarbij zoeken naar nieuwe kennis «normaal» is.

*Wat gaan we doen?*

Wenselijk is dat de zorgverleners en de zorgaanbieders rechtstreeks invloed hebben op hetgeen aan kennisontwikkeling plaatsvindt. Het ligt voor de hand dat het de kwaliteit van de kennisontwikkeling ten goede komt, indien zij zelf ook in financiële zin meer «aan het stuur» zitten. Daarom zal ik de NZa vragen om samen met de beroepsorganisaties, zorgkantoren, brancheorganisaties en Zorginstituut Nederland te verkennen op welke wijze het mogelijk is om zorgverleners en zorgaanbieders meer invloed op de kennisontwikkeling te geven en welke randvoorwaarden daarbij van belang zijn.

<sup>5</sup> NKOP houdt zich bezig met uitwisseling van kennis en vragen over ouderen met psychische problemen, voor professionals werkzaam in de GGZ en VVT.

Beoogd resultaat is het tot stand brengen van meer eigenaarschap in het veld bij het doen ontstaan van kennis. Dit verankeren in de bekostiging kan daarbij helpen. Ik vraag de NZa een verkenning hierover in het najaar van 2019 op te leveren.

#### 4 Sturing en monitoring

De actieagenda om het voorgaande tot stand te brengen ziet er als volgt uit.

##### 4.1 Sturing

In deze brief heb ik een ambitieuze agenda opgesteld die moet leiden tot betere kwaliteit van zorg in de Wlz doordat de zorgverleners beschikken over de kennis die zij nodig hebben om goede zorg te kunnen bieden aan hun cliënten. De samenvatting van deze agenda treft u hierna aan.

	wat	2019	2020	2021
<b>Kennisvragen</b>				
Kennisvragen inventariseren (Vilans)	meting onder zorgverleners	x	x	x
<b>Onderzoek programmeren</b>				
Onderzoeksresultaten in beeld (ZonMw)	effectiviteitsrapportage	x	x	x
<b>Onderzoek uitvoeren</b>				
Academische Werkplaatsen	voor- en najaarsoverleg	x	x	x
Expertisecentra onderzoek (KPMG)	verkenning specifieke groepen	mei/juni 2019		
Basisregistratie ouderenzorg (Verenso en VU)	planning en uitwerking	x		
Basisregistratie gehandicaptenzorg (Radboud)	planning en uitwerking	x		
<b>Vergroting vakbekwaamheid zorgverleners</b>				
Beroepsstandaarden (Skilz)	standaarden opleveren	x	x	x
Lerende omgeving (diverse partijen)	verkenning	x	nadere beleidsvorming	
Relatie met opleiding	wijzen op ruimte	x		
	verbinden kennis en onderwijs	x	x	x
<b>Evaluatie</b>				
Evaluatie van kennis (Zorginstituut Nederland)	advies	eind 2019	nadere beleidsvorming	
Bekostiging kennis (NZa)	advies	najaar 2019	nadere beleidsvorming	

De sturing op deze onderwerpen heb ik als volgt vormgegeven. Voor een deel gaat deze agenda om het versterken van hetgeen reeds in gang is gezet, voor een deel gaat het ook om nieuwe initiatieven. Voor de realisatie hiervan is deelname van een groot aantal partijen nodig. Voor de sturing op de realisatie maak ik met deze partijen afspraken die ik schriftelijk zal vastleggen, bijvoorbeeld in een adviesaanvraag. Verder zal ik sturen met subsidievoorwaarden. Onderdeel van de financiering is bijvoorbeeld dat alle nieuwe kennis openbaar wordt en opgenomen wordt op de kennispleinen van Vilans, zodat alle zorgverleners ermee kunnen werken.

##### 4.2 Monitoring

Hierna geef ik aan hoe ik de voortgang en resultaten in beeld breng.

###### *Vragen van zorgverleners inventariseren en beantwoorden*

Het beoogd resultaat is dat in 2020 50% van de zorgverleners in de langdurige zorg weet dat zij hun kennisvragen aan Vilans kunnen stellen, zij daarop antwoord krijgen en aangeven beter te weten hoe zij kunnen werken aan de kwaliteit van leven van de bewoner. Ik zal Vilans vragen om hiernaar jaarlijks een meting onder zorgverleners uit te voeren

### *Onderzoek programmeren*

Ik vraag ZonMw mij jaarlijks te rapporteren omtrent de effectiviteit van de onderzoeksprogramma's Gewoon Bijzonder, Memorabel, Palliatieve zorg en LZO (in onderlinge samenhang) en mij te adviseren over mogelijkheden de effectiviteit te vergroten.

### *Onderzoek uitvoeren*

Ik monitor de resultaten die de Academische Werkplaatsen behalen door zowel in het voorjaar als in het najaar daarover, samen met ZonMw, te overleggen.

Het onderzoek naar de wenselijkheid van expertisecentra in de langdurige zorg is voor de zomervakantie gereed. Kort na de zomer van 2019 zal ik de kamer hierover informeren.

### *Basisregistratie*

Het beoogd resultaat is zicht krijgen op de zorg die cliënten in verpleeghuizen en gehandicapteninstellingen nodig hebben, ontvangen en de effectiviteit daarvan. Hierdoor ontstaat bovendien een set van gegevens in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg waarmee onderzoek gemakkelijker mogelijk wordt. Medio 2019 wil ik zicht hebben op de concrete uitwerking en planning hieromtrent.

### *Kwaliteitsstandaarden*

Het beoogd resultaat is dat de professionele standaard van goede zorg op de voornaamste processen door de beroepsorganisaties worden uitgewerkt. De planning is dat in 2019 reeds de eerste standaarden worden opgeleverd.

### *Lerend klimaat voor de zorgverleners die werken in de langdurige zorg*

Met partijen werk ik nader uit hoe tot een lerend klimaat gekomen kan worden voor de zorgverleners die werken in de langdurige zorg. Beoogd resultaat is dat de uitwerking in 2019 gereed is zodat ik op basis daarvan het beleid verder kan vormgeven.

### *Zorgverleners in opleiding*

In 2019 werk ik een plan uit waarin is aangegeven hoe de verbinding tussen de partijen die nieuwe kennis ontwikkelen en de onderwijsorganisaties georganiseerd kan worden.

### *Domeinoverstijgende expertise*

Gepland is om de verkenning naar het ontwikkelen van domeinoverstijgende expertise in 2019 gereed te hebben zodat de nadere beleidsvorming daarna kan plaatsvinden.

### *Evaluatie van kennis*

Beoogd resultaat is een systematisch evaluatieproces van kennis vorm te geven. Ik vraag het Zorginstituut Nederland om mij hierover in 2019 te adviseren. Mede op basis daarvan zal ik in 2020 het evaluatieproces van kennis inrichten.



### *Financiering van de kennisinfrastructuur*

Beoogd resultaat is het tot stand brengen van meer eigenaarschap in het veld bij het doen ontstaan van kennis. Dit verankeren in de bekostiging kan daarbij helpen. Ik zal de NZa vragen voor eind 2019 mij hierover te adviseren.

#### **5 Tot slot**

In deze brief heb ik aangegeven dat voor goede kwaliteit van zorg die leidt tot betere kwaliteit van leven van cliënten de vakbekwaamheid van de zorgverleners een eerste vereiste is. Ook heb ik aangegeven dat voor het fundamenteel en duurzaam verbeteren van de vakbekwaamheid van zorgverleners het verder organiseren en investeren in kennisontwikkeling en -verspreiding van belang is. Ik heb hiertoe al maatregelen genomen en ik bouw hierop voort met verdere maatregelen. Ik zal de Tweede Kamer periodiek informeren over de voortgang.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge