



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

De versterking van de kennisinfrastructuur rondom preventie

Handreiking: analyse en aanbevelingen



NFU-PAPER, APRIL 2024

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Introductie: evidence based	4
Doel van deze handreiking	6
Kennisinfrastructuur voor preventie	8
De rol van umc's binnen de kennisinfrastructuur rond preventie	12
De knelpunten in de huidige kennisinfrastructuur	15
Aanbevelingen versterking kennisinfrastructuur	19
Bijlagen	23
Colofon	36

Inleiding

Bij de oprichting van de NFU Wetenschappelijke commissie Preventie kregen we de opdracht van de NFU om een analyse te maken van de kennisinfrastructuur preventie en op basis daarvan aanbevelingen te doen voor een versnelling van wetenschappelijke kennis over preventie in de praktijk. Doel is de verdere versterking van evidence based werken op het terrein van preventie.

De gevraagde analyse en aanbevelingen bestaan uit twee onderdelen:

1. Een **samenvattende analyse en aanbevelingen**, gebaseerd op de cyclus van een learning health system en met een focus op de wijze waarop umc's dit systeem kunnen versterken.
2. Een **achtergronddocument** dat de weerslag vormt van de analyse die we hebben gemaakt van de huidige kennisinfrastructuur.

Voor een volgende stap is het nodig om hierover afstemming te zoeken met andere partijen die in de kennisinfrastructuur een belangrijke rol spelen, zoals het RIVM en GGD GHOR Nederland. Datzelfde geldt voor andere lopende trajecten ter versterking van evidence based werken, zoals het door ZonMw gefinancierde traject rondom de 'Versterking kennisinfrastructuur gezondheidsbevordering en preventie'. Dit is in september 2022 uitgezet voor GGD'en, Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, de Coalitie Leefstijl in de Zorg en voor landelijke kennispartijen RIVM, GGD GHOR en VNG.

We hopen dat deze analyse leidt tot een versterking van de kennisinfrastructuur op het gebied van preventie in Nederland, zodat meer kennis ontwikkeld, gebundeld en gebruikt wordt om Nederland gezonder te maken.

NFU Wetenschappelijke commissie Preventie

Introductie: evidence based

Vanuit het principe van evidence based medicine is het algemeen geaccepteerd dat ook de uitvoeringspraktijk van preventie zoveel mogelijk gebaseerd zou moeten zijn op wetenschappelijke inzichten met betrekking tot (kosten)effectiviteit en veiligheid van het handelen. Hier wordt ook wel de term ‘evidence based public health’ voor gebruikt.

Dat vraagt allereerst om de ontwikkeling van wetenschappelijke evidence, bijvoorbeeld over wat effectieve methoden zijn om de bevolking te beschermen tegen schadelijke invloeden vanuit de omgeving (lucht, water etc.), over hoe infectieziekten adequaat kunnen worden voorkomen of bestreden, en over hoe we gezondheidsbevordering, zoals preventie van rookgedrag, effectief vorm kunnen geven. In die kennisontwikkeling spelen umc's een cruciale rol door, samen met partners uit de uitvoeringspraktijk van preventie, wetenschappelijk hoogstaand en onafhankelijk onderzoek uit te voeren. Overigens is er veel discussie over de vraag wat precies als valide ‘evidence’ geldt binnen de public health en preventie en hoe die criteria van validiteit verschillen van de criteria die binnen evidence based medicine worden gebruikt. Zo wordt in het algemeen binnen het vakgebied van de public health de randomized controlled trial (RCT) niet automatisch als het hoogste bewijs gezien, bijvoorbeeld omdat de interventies op het terrein van de public health zich daar niet altijd voor lenen (denk aan omgevingsveranderingen als ingang voor verbetering van de volksgezondheid) of omdat een RCT soms niet haalbaar is (bijvoorbeeld vanwege benodigde populatieomvang of de inductietijd van de effecten). Om die brede conceptualisatie van evidence zichtbaar te maken, wordt ook wel de term ‘evidence informed’ preventie gebruikt.

Maar evidence based preventie gaat verder dan kennisontwikkeling. Even belangrijk is dat er ook kennistransfer plaatsvindt; dat wil zeggen dat wetenschappelijke kennis die wordt gegeneerd, aan de praktijk wordt ‘overgedragen’. Daarna kunnen deze inzichten toegepast worden in beleid en de professionele praktijk (evidence informed preventie). Uiteraard impliceert dat ook een omgekeerd proces, waarbij beleid en praktijk mede vormgeven aan de onderzoeksvragen die in onderzoek centraal zouden moeten staan.

Deze notitie gaat over de kennisinfrastructuur in Nederland voor de **transfer- en implementatiefase** van de kenniscyclus rondom evidence based (danwel evidence informed) preventie. De fase van kennisontwikkeling blijft in deze notitie buiten beschouwing. We hanteren de volgende definitie voor de term kennisinfrastructuur uit het RGO-advies uit 2003: ‘het geheel aan structurele voorzieningen dat is gericht op het genereren en toepassen van hoogwaardige kennis voor/in de praktijk van de public health.’

We analyseren hoe deze kennisinfrastructuur er op dit moment uit ziet, wat de knelpunten zijn, hoe deze infrastructuur versterkt kan worden en welke rol de umc's daarin zouden kunnen nemen. De infrastructuur voor de hierboven genoemde fase van de kennisontwikkeling blijft hier buiten beschouwing.

De transfer en implementatie van wetenschappelijke kennis verloopt in twee stappen. Allereerst vinden onderzoeksresultaten over preventie hun weg in publicaties (wetenschappelijk, vakpublicaties, media etc.), richtlijnen en onderwijs. Ook lokale en regionale netwerken van relevante actoren, zoals Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid, spelen daarin een rol. Zo'n proces van transfer betreft, net als in de curatieve gezondheidszorg, niet zozeer resultaten uit individuele onderzoeken, maar veeleer gebundelde kennis uit de wetenschappelijke literatuur. De transfer van kennis naar de praktijk/het beleid vereist derhalve ook kennissynthese.

Vervolgens verandert de praktijk op basis van deze evidence (idealiter) de preventieve werkwijze. De resultaten daarvan worden zichtbaar, in eerste instantie op procesniveau, maar uiteindelijk in effecten op gezondheid(s)determinanten). De uitkomsten van deze stap vormen input voor de volgende fase van de kenniscyclus, namelijk monitoring van relevante uitkomsten. Dit vormt vervolgens input voor nieuwe onderzoeksvragen, bijvoorbeeld met betrekking tot nieuwe interventies.

Ook is monitoring van het proces van implementatie nodig, zowel kwantitatief als kwalitatief, om van de toepassing te kunnen 'leren' en interventies te verbeteren dan wel de implementatie in de dagelijkse praktijk te verbeteren. Dit nieuwe onderzoek vindt dan vervolgens weer z'n weg in publicaties, richtlijnen, trainingen etc. Op deze manier ontstaat een 'learning preventive health(care) system' waarin de cyclus van innovatieontwikkeling-kennistransfer- implementatie-monitoring resultaat optimaal in de toepassingsdomeinen is verankerd, op zowel landelijk als regionaal niveau.

Net als in de fase van kennisontwikkeling, spelen umc's in deze fase van kennistransfer en -implementatie, een belangrijke rol. Dit is bijvoorbeeld de laatste jaren zichtbaar in de regio's rondom umc's. Hier stellen de umc's steeds vaker hun kennis actief beschikbaar in netwerken op het terrein van de publieke gezondheid, met de gemeenten en GGD'en als kernspelers. Dit gebeurt onder meer in de eerdergenoemde Academische Werkplaatsen, maar ook in samenwerkingsverbanden met een groter aantal deelnemers, onder andere als uitwerking van lokale preventie-akkoorden.



Doel van deze handreiking

Het samenwerkingsverband van umc's, de NFU, heeft in haar agenda Preventie (in de paper *Preventie van gezondheidsproblemen: de rol van de umc's*), aangegeven een versnelling van implementatie in de praktijk te willen aanjagen. Deze ambitie wordt ingegeven door het feit dat op dit moment de kennistransfer en het gebruik van kennis in de praktijk niet optimaal is.

Zo worden (kosten)effectief gebleken preventieve interventies, zoals die voor stoppen met roken, niet systematisch aangeboden aan mensen die daar baat bij kunnen hebben. Bovendien wordt het gebruik van dergelijke interventies vaak niet gemonitord, zodat ook niet goed zichtbaar is waar de rol van preventie onderbenut wordt en waar het implementatieproces belemmerd wordt in de dagelijkse praktijk. Het gevolg hiervan is dat preventief beleid of preventieve acties niet altijd bewezen effectief of doelmatig zijn en dat we hierdoor potentiële gezondheidswinst 'laten liggen'.

Binnen de NFU is de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de NFU-agenda Preventie aan de Dedicated Group Preventie opgedragen. Op verzoek van deze Dedicated Group heeft de Wetenschappelijke Commissie Preventie van de NFU de onderhavige notitie geschreven.

Conform de doelstelling van het versnellen van implementatie in de genoemde agenda ligt de focus in deze notitie op de kennisinfrastructuur die nodig is om wetenschappelijke kennis naar de praktijk te brengen en vervolgens evidence based werken in de preventie te bevorderen. Meer specifiek is het doel een analyse te maken van de huidige kennisinfrastructuur in het preventielandschap en op basis daarvan mogelijkheden te identificeren voor versterking ervan. Doel is dat de umc's effectief bijdragen aan versnelling van evidence based werken in preventie.

Hiertoe staan in deze notitie de volgende vragen centraal:

1. Wat is de stand van de huidige kennisinfrastructuur preventie, waar het gaat om bundeling en transfer van kennis en daadwerkelijk gebruik van die kennis in de praktijk? Wat zijn belangrijke knelpunten in deze infrastructuur?
2. Hoe kan de inbreng van wetenschappers op het terrein van preventie binnen umc's worden versterkt, zodanig dat kennis over preventie beter wordt gebundeld, beter zijn weg vindt naar de nationale en regionale praktijk en de effecten op gezondheidssuitkomsten beter gemonitord worden?

Ter beantwoording van deze vragen heeft de Wetenschappelijke Commissie Preventie allereerst een beschrijving gemaakt van de kennisinfrastructuur preventie, voor de fase van kennistransfer en -implementatie. Deze beschrijving is als bijlage bijgevoegd.

Op basis van deze beschrijving analyseren we in de onderhavige notitie allereerst wat de rol van de umc's is in deze kennisinfrastructuur. Vervolgens maken we een analyse van de belangrijkste knelpunten en doen we aanbevelingen voor versterking van de huidige infrastructuur, met een specifieke focus op versterking van de rol van umc's. We hebben de kennisinfrastructuur, als ook onze analyse van knelpunten, in figuur 1 en 2 op pagina 10 en 11 samengevat.



De huidige kennisinfrastructuur voor preventie

Hoe ziet de huidige kennisinfrastructuur voor preventie, met betrekking tot kennistransfer en implementatie eruit? Zoals in de NFU-paper *Wat is preventie?* is uiteengezet, wordt preventie in Nederland in verschillende sectoren uitgevoerd. Op hoofdlijnen kan daarbij een onderscheid worden gemaakt tussen preventie in het stelsel van de curatieve gezondheidszorg en preventie binnen de publieke gezondheidszorg. Beide vormen van preventie worden deels ook in samenwerking met andere beleidsterreinen, -intersectoraal-, uitgevoerd.

Voorbeelden van preventieve interventies die in de curatieve gezondheidszorg worden uitgevoerd zijn griepvaccinatie voor ouderen, cardiovasculair risicomanagement, voedingsadvies bij patiënten met diabetes mellitus of andere chronische aandoeningen en pre- en posthabilitatie bij patiënten met ernstige aandoeningen. Samenwerking met andere beleidsterreinen, zoals het sociaal domein, is bijvoorbeeld zichtbaar in een interventie als Welzijn op Recept.

Voorbeelden van preventieve voorzieningen in de publieke gezondheidszorg zijn de jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en bevolkingsonderzoek naar een aantal vormen van kanker (mamma-, colon- en cervixcarcinoom).

Voorbeelden van een intersectorale aanpak ter bevordering van de publieke gezondheid zijn wet- en regelgeving en infrastructurele maatregelen met betrekking tot verkeersveiligheid, invoering van een suikertaks, maatregelen om de kwaliteit van woningen te verbeteren, armoedebestrijding, arbeidsomstandighedenbeleid, milieueffectmonitoring en educatieprogramma's op scholen over veilig vrijen.

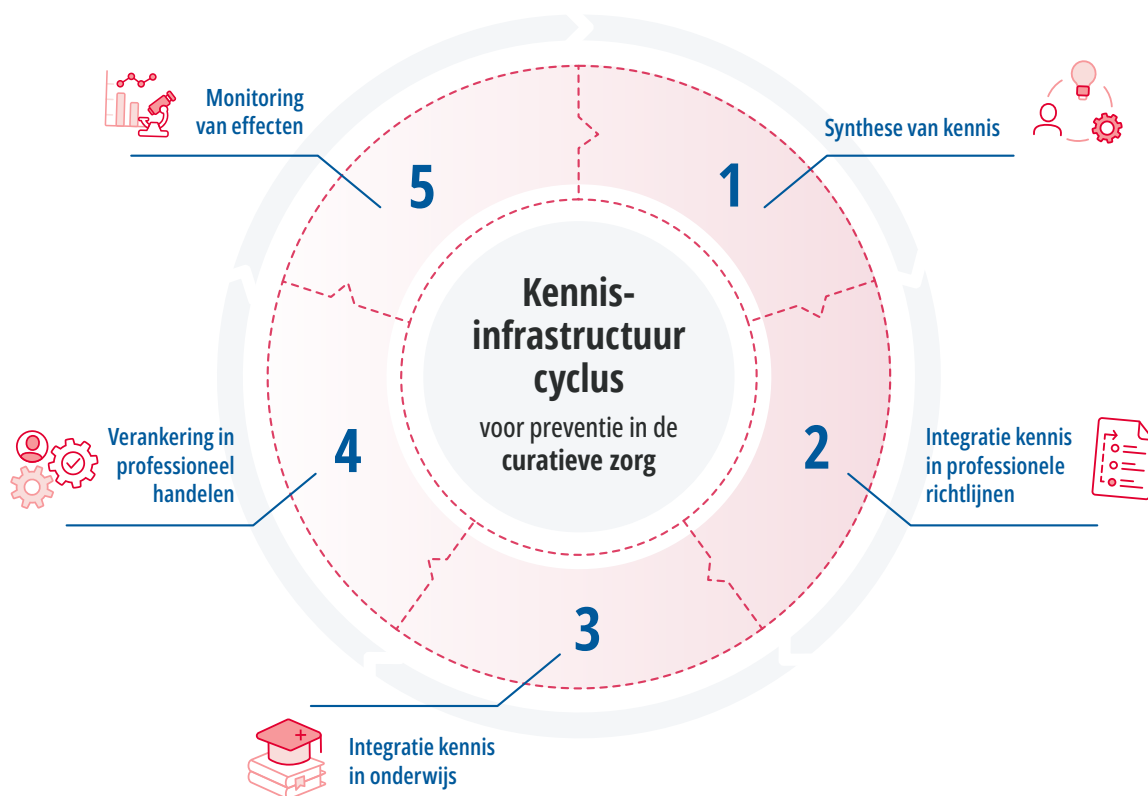
Bijgaande figuren schetsen op beide domeinen de huidige kennisinfrastructuur rondom preventie, waarbij het gaat om bundeling van en transfer van kennis en daadwerkelijk gebruik en evaluatie in de praktijk. De kenniscyclus is gelijk voor preventie in de curatieve zorg en in de publieke gezondheidszorg maar de invulling van de verschillende stappen verschilt tussen de domeinen. De cyclus bestaat uit vijf stappen (o.a. Ogilvie et al. 2009¹):

- 1 | Een cruciale stap die gezet moet worden om kennis naar de praktijk over te brengen behelst het *synthetiseren* van kennis die over een bepaald thema is gegenereerd, tot wat de 'stand van de wetenschap' op een bepaald onderwerp is. We noemen die systematisch verzamelde kennis hierna: 'evidence'.

¹ D. Ogilvie, P. Craig, S. Griffin, et al., [A translational framework for public health research, BMC Public Health 9, 116 \(2009\)](#).

- 2 | Die evidence wordt langs verschillende wegen aan de praktijk overgedragen. Voor preventie die in de zorgsector is geïntegreerd, verloopt dit vooral door opname van de evidence in richtlijnen voor professionals. Het gaat bijvoorbeeld om door de beroepsorganisaties opgestelde richtlijnen voor cardiovasculair risicomanagement of obesitas en de rol van leefstijlbegeleiding daarin. Ook voor de publieke gezondheidszorg verloopt de vertaling via integratie van gesynthetiseerde kennis in richtlijnen, maar die betreffen in deze sector vooral beleidsadviezen en uitvoeringsrichtlijnen en worden inhoudelijk opgesteld door uitvoeringsorganisaties binnen de overheid. Denk daarbij bijvoorbeeld aan richtlijnen voor vaccinaties door GGD'en en beleidsmakers. Ook richtlijnen voor ontwikkeling van integraal gezondheidsbeleid door het RIVM en het loket Gezond leven van RIVM zijn hier een voorbeeld van. Hier wordt aan bestaande interventies door een commissie een duiding gegeven over de mate van 'evidence' onder een bepaalde interventie.
- 3 | De bestaande evidence wordt daarnaast in de praktijk gebracht via opname in het opleidingscurriculum van professionals, zowel die in de curatieve zorg (eerste-, tweede- en derdelijnszorg), als in de publieke gezondheidszorg (bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg). Deze opleiding is, wil de kennisinfrastructuur goed doorlopen, gebaseerd op de meest actuele wetenschappelijke kennis. Ook wordt de evidence steeds vaker op websites ontsloten en geordend voor andere eindgebruikers, zoals beleidsmakers bij gemeenten.
- 4 | De volgende stap in de kenniscyclus behelst het toepassen van de evidence door professionals, zowel in de curatieve als in de publieke gezondheidszorg. Met andere woorden; professionals baseren hun preventief handelen op de beschikbare evidence. De twee andere pijlers van hun professioneel handelen zijn, conform de 'trias' van evidence based medicine: hun professionele vakkundigheid en de behoeften van de betrokken patiënten of burgers op het gebied van preventie. Terwijl de verantwoordelijkheid voor de evidence based uitvoering van preventie in de zorg primair bij professionals (en hun organisaties) ligt, ligt deze in de publieke gezondheidszorg primair bij beleidsverantwoordelijke- en uitvoeringsorganisaties (GGD, screeningsorganisaties en gemeenten).
- 5 | De volgende stap in de cyclus behelst het monitoren van effecten van preventief handelen op gezondheidsuitkomsten in de praktijk. Wanneer bijvoorbeeld in de richtlijn wordt weergegeven dat patiënten met bepaalde klachten ondersteuning voor stoppen met roken moet worden aangeboden, kan met een monitor worden bijgehouden of en hoe vaak deze richtlijn wordt opgevolgd en bij wie wel en bij wie niet. Deze monitoring in de kenniscyclus levert continue input voor de ontwikkeling van nieuwe kennis over hoe de implementatie in de praktijk effectiever gemaakt kan worden. Wanneer bijvoorbeeld blijkt dat de richtlijnen niet worden opgevolgd, kan bekeken worden of de scholing op dit onderwerp geïntensiveerd zou moeten worden of dat de manier van aanbieden aangepast moet worden op een manier die past bij een regionale context en setting.

Figuur 1: Kennisinstructuur cyclus voor preventie in de curatieve zorg wat betreft transfer en implementatie

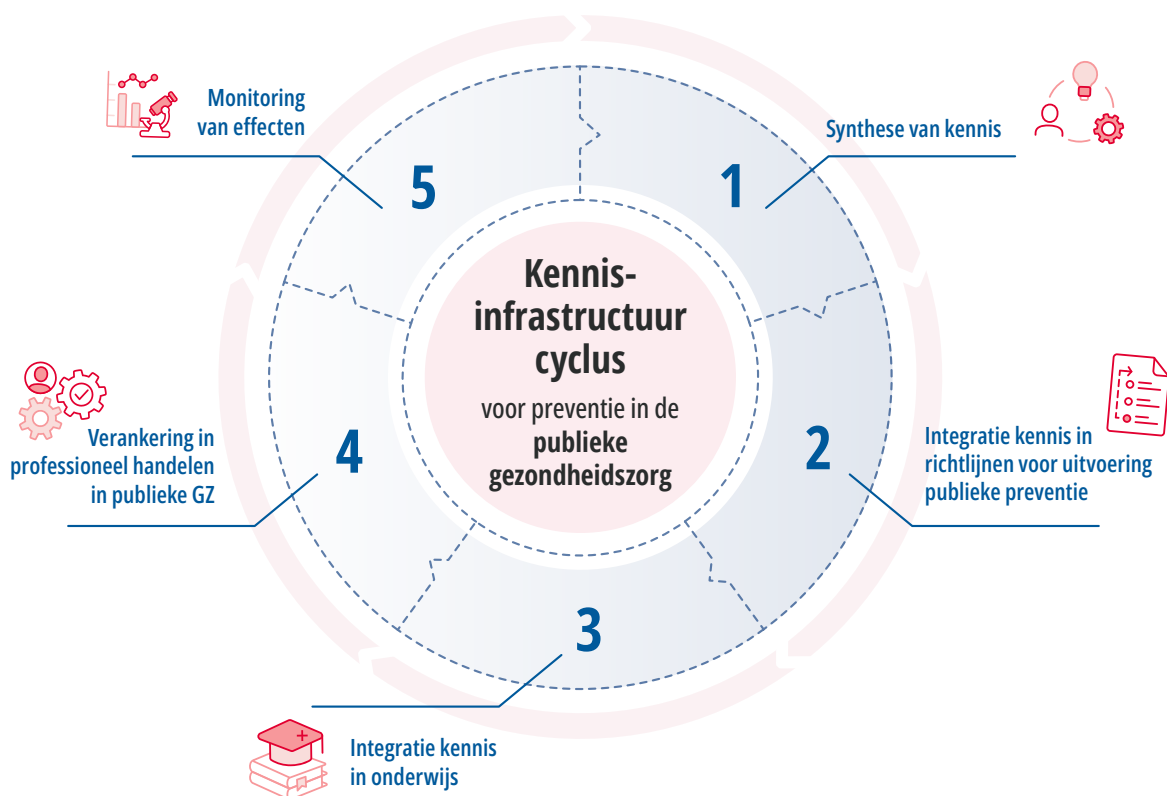


Stap	Knelpunt	Rol UMC	Hoe rol versterken?
1	Synthese van kennis over effectief preventief handelen	Een systematische aanpak van synthetiseren van kennis ontbreekt en de coordinatie is onvoldoende	Genereren en synthetiseren van kennis (valorisatie)
2	Integratie van evidence in professionele richtlijnen rondom preventie van beroepsgroepen	Ontbreken van centraal coördinerend orgaan dat voor preventie op basis van gesynthetiseerde kennis professionele richtlijnen opstelt (vgl. oude CBO)	Ondersteunen overdracht gesynthetiseerde kennis (valorisatie) naar de praktijk
3	Integratie van evidence based preventie kennis in onderwijs aan professionals die preventie in de curatieve zorg uitvoeren	Onvoldoende aandacht voor en regie op evidence based preventie onderwijs aan professionals	Opleiden van professionals (onderwijs)
4	Verankering van evidence based preventie richtlijnen in professioneel handelen	Geen centrale regie op feitelijke implementatie	Professionals ondersteunen in evidence based werken (implementatie) + onderzoek doen naar optimale implementatie in de curatieve zorg
5	Monitoring van effecten van preventief handelen op gezondheidsuitkomsten in de praktijk	Ontbreken van data-infrastructuur voor monitoring op gebruik van evidence based interventies	Data infrastructuur inrichten en monitoring coördineren van effecten van preventief handelen in de zorgpraktijk

Het proces van kennisbundeling en richtlijnontwikkeling in Nederland meer systematisch organiseren.

Lopende initiatieven voor de ontwikkeling van data-infrastructuren moeten ook populatiegegevens omvatten. Het gaat hierbij om zowel het medisch als sociaal domein, met integratie van bestaande cohortstudies.

Figuur 2: Kennisinstructuur cyclus voor preventie in de publieke gezondheidszorg, wat betreft transfer en implementatie van kennis



Stap	Knelpunt	Rol UMC	Hoe rol versterken?
1	Synthese van kennis over effectief preventief handelen	Een systematische aanpak van synthetiseren van kennis ontbreekt en de coordinatie is onvoldoende	Genereren en synthetiseren van kennis (valorisatie)
2	Integratie van gesynthetiseerde kennis in richtlijnen voor uitvoering van publieke preventie door beleidsmakers (RIVM, Kenniscentrum GL) en uitvoeringsorganisaties (GGD)	Ontbreken van gestructureerde werkwijze voor input van gesynthetiseerde kennis in richtlijnen voor uitvoering van preventie in de publieke sector	Overdragen van gesynthetiseerde kennis (valorisatie)
3	Integratie van evidence based preventie kennis in onderwijs aan professionals die preventie in de publieke zorg uitvoeren	Onvoldoende aandacht voor evidence based preventie onderwijs aan professionals; onderwijs te weinig academisch verbonden/ ingebed	Opleiden van professionals in de publieke gezondheidszorg en EBM input leveren voor onderwijs aan preventiespecialisten elders (GGD)
4	Professionals in de uitvoering van preventie in de publieke gezondheidszorg baseren hun handelen op evidence based richtlijnen	Geen centrale regie op feitelijke implementatie	Professionals ondersteunen in evidence based werken (implementatie) + onderzoek doen naar optimale implementatie in de curatieve zorg
5	Monitoring van effecten van preventief handelen op gezondheidsuitkomsten in de praktijk	Ontbreken van data-infrastructuur voor monitoring op gebruik van evidence based interventies	Data infrastructuur inrichten en monitoring coördineren van effecten van preventief handelen in de publieke gezondheidszorg

Het proces van kennisbundeling en richtlijnontwikkeling in Nederland meer systematisch organiseren.

De opleiding tot artsen in de publieke gezondheidszorg (Arts M&G en bedrijfsartsen) inbedden in de academie.

Regionale leerwerkplaatsen verankeren.

Lopende initiatieven voor de ontwikkeling van data-infrastructuren moeten ook populatiegegevens omvatten. Het gaat hierbij om zowel het medisch als sociaal domein, met integratie van bestaande cohortstudies

De rol van umc's binnen de kennisinfrastructuur rond preventie

Umc's hebben een rol in elk van de stappen van de hierboven beschreven kenniscyclus, zowel die binnen de curatieve zorg als die binnen de publieke gezondheidszorg. We beschrijven deze rol aan de hand van de hoofdtaken van umc's: zorg, onderzoek, onderwijs, en valorisatie/impact realiseren.



Zorg:

In bovengenoemde kenniscyclus hebben umc's een rol in stap 4: de evidence based uitvoering van preventie in de zorg aan eigen patiënten. Gegeven de focus van umc's op complexe zorg, is de uitvoering van preventieve taken door umc's minder prominent. Dit neemt niet weg dat preventie, waar dat in de richtlijnen wordt benoemd, ook een integraal onderdeel is van de zorg die in een umc wordt geleverd. Ter ondersteuning hiervan worden de laatste jaren in umc's bijvoorbeeld steeds meer 'leefstijlzorgloketten' ingericht, vanwaar patiënten worden doorverwezen naar relevante leefstijlvoorzieningen in hun directe omgeving. Een ander voorbeeld is de toepassing van prehabilitatieprogramma's om herstel na grote operaties te bevorderen. Juist de verbinding met de andere kerntaken (onderzoek en onderwijs) maakt dat de umc's ook in deze zorg een belangrijke aanjagende functie hebben. Daarnaast hebben umc's ook een rol in het kader van preventie in de regio. Bijvoorbeeld in het zorgnetwerk van regionale samenwerkende ziekenhuizen alsmede over de transmurale as, onder andere in de samenwerking rond het IZA en GALA. Binnen de publieke gezondheidszorg is deze rol veelal ondersteunend en faciliterend in organisatie en uitvoering, bijvoorbeeld in de context van academische werkplaatsen en regionale netwerken. Een voorbeeld daarvan is de ontwikkeling van effectief integraal beleid ter preventie van overgewicht bij kinderen.



Onderzoek:

Zoals eerder aangegeven, richt deze notitie zich op de fase van transfer en implementatie van kennis (en dus niet op ontwikkelen van nieuwe preventieve interventies/benaderingen). In die fase van transfer en implementatie behoort het onderzoek dat umc's doen vooral tot stap 4 en 5 in de kenniscyclus. Meer specifiek voeren umc's onderzoek uit ter versterking van het evidence based preventief handelen van professionals en organisaties, zowel in de curatieve zorg als in de publieke gezondheidszorg. Dit doen zij door:

- Implementatie-onderzoek uit te voeren: het doel van dit implementatie-onderzoek is (uiteindelijk) het evidence based werken van professionals en organisaties in preventie te versterken. Voorbeelden van onderzoeksvragen zijn: hoe kunnen innovaties

in preventie onderdeel worden van de dagelijkse praktijk? Wat zijn voorwaarden hiervoor, welke implementatiestrategieën werken hierbij, welke vaardigheden van professionals zijn hiervoor nodig? Welke onderwijsmethoden zijn geschikt om geneeskundestudenten goed voor te bereiden op hun rol als gezondheidsbevorderaar?

- **Monitoring:** dit behelst onderzoek naar het gebruik van preventieve interventies, de gebruikers en de effecten ervan op gezondheidsuitkomsten en de impact op het zorgsysteem als geheel. Dit gebeurt idealiter vanuit een brede opvatting van uitkomsten, inclusief verdelingsaspecten. Men spreekt dan van quintuple aim, om het element van verdelingsaspecten toe te voegen aan doelen van gezondheid, kwaliteit van zorg, kosten en personeel.



Onderwijs en opleiding:

De onderwijs- en opleidingstaken van umc's concentreren zich op stap 3 in de kenniscyclus. Door de kennis over evidence based preventie te integreren in opleidingen, bevorderen we dat professionals hun handelen op deze kennis baseren. Dit betreft de opleidingen van:

- Zorgprofessionals in de curatieve zorg in brede zin: medisch (zowel basis- als vervolgoopleidingen), maar ook verpleegkundigen, verloskundigen, paramedici.
- Medisch specialisten in de publieke gezondheidszorg, met name artsen Maatschappij en Gezondheid en bedrijfsartsen.
- Daarnaast verzorgen umc's ook bijscholing waarin zij kennis over preventie overdragen. Voorbeelden hiervan zijn masterclasses voor lokale bestuurders, of bijdragen aan curricula van andere onderwijsinstellingen op het terrein van de publieke gezondheidszorg, zoals de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH).





Valorisatie/impact realiseren:

Met valorisatie/impact realiseren doelen we op het proces van omzetten van wetenschappelijke kennis in maatschappelijke waarde, in brede zin (dus ook economische waarde). De taken van een umc op dit gebied betreffen vooral stap 1 en 2, maar ook stap 4 in de kenniscyclus:

- Preventie-experts, die werkzaam zijn bij umc's, produceren kennis over een bepaald onderwerp en dragen die over naar relevante actoren (RIVM, Zorginstituut Nederland, expertisecentra, beroepsverenigingen etc.). Een voorbeeld is een kennissynthese over wat effectieve strategieën zijn om vroege opsporing van kankers te organiseren.
- Umc-experts op het gebied van preventie dragen op individuele basis ook bij aan opname van die kennis in de richtlijnen of in beleid, bijvoorbeeld door deelname aan professionele richtlijncommissies of door deelname aan ronde tafels en expertsessies die door de politiek worden georganiseerd.
- Preventie-experts in umc's hebben ook een rol bij de feitelijke implementatie van evidence based preventie, zowel binnen het eigen umc als binnen de curatieve en publieke gezondheidszorg in de eigen regio.
- Deze experts organiseren (mede) verschillende regionale, organisatie-overstijgende leernetwerken. Hierbij staat uitwisseling van kennis centraal rondom een specifiek thema of vraagstuk. Het leernetwerk kan daarnaast als doel hebben om de onderlinge samenwerking tussen organisaties te verbeteren, bijvoorbeeld in de zorg voor kwetsbare populaties. Umc's delen wetenschappelijke kennis binnen dit leernetwerk, maar voeren ook (actie)onderzoek uit ter bevordering van samenwerking.



De knelpunten in de huidige kennisinfrastructuur

Idealiter stroomt de evidence als het ware door iedere stap van de kenniscyclus, met als uitkomst een publieke gezondheidszorg en curatieve zorgsector die preventief handelen optimaal uitvoert. Deze uitvoering is gebaseerd op, of geïnformeerd door, de best mogelijke wetenschappelijke evidence. Maar in de huidige praktijk van de preventie kennisinfrastructuur wordt een aantal cruciale schakels onvoldoende ingevuld, waardoor het beoogde ‘learning health system’ niet tot stand komt. Dit geldt zowel voor preventie in de curatieve zorg als in de publieke gezondheidszorg, zij het dat zich accentverschillen voordoen tussen beide sectoren.

De belangrijkste knelpunten zijn samen te vatten onder een drietal thema's:

1. **Systematische** aanpak van **kennisbundeling**, als programmatische input voor richtlijnen en opleidingen.
2. **Implementatie** van wetenschappelijke evidence in de publieke gezondheidszorg.
3. **Monitoring** van zowel de feitelijke implementatie van preventieve zorg en van de effecten op quintuple uitkomsten.

1. Gefragmenteerde kennisbundeling

De aanpak van bundeling van wetenschappelijke kennis op het gebied van preventief handelen is in Nederland gefragmenteerd en verschilt per type interventie. Deze aanpak is daarmee veel minder systematisch dan in de curatieve zorg, waarin die bundeling is georganiseerd via de Cochrane Library. De Cochrane Library bevat weliswaar gesynthetiseerde kennis op deelterreinen van de preventieve zorg, maar door de gehanteerde hiërarchie van wetenschappelijk bewijs en de nadruk op randomised controlled trials, blijft een deel van de mogelijke interventies buiten beschouwing. Meer specifiek omvatten ze vooral een selectie van preventieve strategieën die op individueel niveau (in tegenstelling tot populatieniveau) kunnen worden ingezet. De gevolgen van dit hiaat zijn daarmee vooral zichtbaar voor de publieke gezondheidszorg, waarbinnen de preventieve interventies primair collectief van aard zijn. Om deze lacune te ondervangen, zijn in andere landen instanties opgericht die op basis van systematische wetenschappelijke kennisvergaring en een gestructureerd wetenschappelijk proces van kennisduiding en consensus overzichten maken van welke preventieve interventies bij wie zeker of zeer waarschijnlijk gezondheidswinst opleveren. Daarmee wordt bepaald welke preventieve interventies systematisch zouden moeten worden aangeboden aan die betreffende doelgroepen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de *US Preventive Services Taskforce (USPST)* in de Verenigde Staten en voor het *National Institute for Health and*

Care Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk. Ook de WHO is, internationaal, een organisatie die dergelijke overzichten maakt. Een voorbeeld daarvan is *Best Buys for NCD's*¹.

Kernwaarden van het werk van dergelijke organen zijn onafhankelijkheid en evidence based werken. Het zijn in feite 'centres for evidence based public health'. De aanbevelingen van deze centra kunnen verschillen, gezien de noodzaak tot aanpassing van die interventies aan context en cultuur van het betreffende land. Zo'n centrale integratieve instantie kennen we in Nederland niet, hoewel er wel op bepaalde thema's expertisecentra operationeel zijn die expertise bundelen en beschikbaar stellen voor professionals in beleid en praktijk. Voorbeelden daarvan zijn het Centrum Gezond Leven van het RIVM (bijvoorbeeld het Loket Gezond Leven), Gezondheidsraad (bevolkingsonderzoek), Voedingscentrum en het Trimbos-instituut (roken en andere verslavingen).

De functie van ontwikkeling van onafhankelijke, evidence based richtlijnen voor preventie is in de Nederlandse context daarmee erg versnipperd, de verantwoordelijkheid voor actualisering is soms niet duidelijk belegd en niet alle relevante thema's op het gebied van preventie worden gedekt. Als gevolg van de spreiding over verschillende organisaties, en daarmee in de gehele zorgketen, ontbreekt bovendien centrale regie op het beschikbaar komen van die richtlijnen, waardoor de mogelijkheden voor preventie niet systematisch benut worden.

De fragmentatie van de synthetisering van wetenschappelijke evidence, hindert direct de volgende twee stappen in de kennisinfrastructuur: die van integratie van die kennis in praktijkrichtlijnen en in opleidingsprogramma's. Doordat er niet één centraal punt is waar de evidence systematisch beschikbaar wordt gemaakt, kan ook de integratie van die kennis in richtlijnen en opleidingen niet anders dan versnipperd zijn, en afhankelijk van individuele initiatieven. Het individuele karakter van die initiatieven draagt weliswaar deels bij aan het eigenaarschap van de preventieve componenten van de initiatiefnemers van dergelijke richtlijnen en opleidingen, maar verhindert de integrale aanpak die juist voor preventie vaak zo hard nodig is.

2. Onvoldoende implementatie van evidence naar praktijk

In de curatieve sector leidt de integratie van wetenschappelijk bewijs in richtlijnen meestal tot specifieke, afgebakende diagnostische of therapeutische behandeladviezen. Richtlijnen voor ondersteuning bij stoppen met roken of voor cardiovasculair risicomanagement in de klinische praktijk zijn voorbeelden daarvan. In de publieke gezondheidszorg, veelal gericht op mensen zonder klachten, is dat veel minder het geval. De wetenschappelijke kennis resulteert hier vaak in functionele omschrijvingen van wat effectief preventief handelen is (een evidence informed aanpak), maar de vorm die dat in een lokale context moet krijgen om effectief te zijn, is vaak maatwerk. Voorbeelden daarvan zijn het opstellen van richtlijnen voor het creëren van een groene omgeving als een manier om fysieke activiteit te stimuleren, of training van vaardigheden voor de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein, ter bevordering van de gezondheid van inwoners van buurten met een lage sociaaleconomische status. Dat maatwerk is des te belangrijker omdat er op lokaal

¹ WHO, Tackling NCDs, 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases (2017).

niveau grote verschillen kunnen bestaan in doelgroepen. Dit is gedefinieerd naar sociaaleconomische positie of etnische achtergrond en in uitgangspositie voor eventuele programma's of interventies. De vertaling van wetenschappelijke evidence naar effectieve preventie voor dergelijke specifieke doelgroepen is belangrijk vanuit het oogpunt van het verkleinen van gezondheidsverschillen en het realiseren van 'equity' als centrale waarde in de publieke gezondheid. In opleidingen voor professionals zijn de inzichten uit onderzoek op dit gebied nog slechts beperkt verwerkt. Dit geldt bijvoorbeeld voor inzichten over noodzakelijke interdisciplinaire samenwerking en de integratie van leefstijl en gedragswetenschappelijke kennis in zorgopleidingen. Belangrijk in dit opzicht is ook dat de specialisaties voor artsen die binnen de publieke gezondheidszorg willen werken (Arts Maatschappij & Gezondheid, bedrijfsartsen, etc.) in vergelijking met de specialisaties voor huisartsen en medisch specialisten zwak zijn ingebed in de academie.

In Nederland zijn Academische Werkplaatsen op het terrein van de publieke gezondheid ingericht. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen de academie en uitvoeringsorganisaties (bijvoorbeeld de GGD) in deze sector. In potentie zijn zij belangrijke omgevingen ('living labs') voor het versterken van regionale kennisontwikkeling en gebruik van wetenschappelijke kennis in de praktijk van preventie. Echter, de kwaliteit hiervan wisselt sterk en de opbrengsten zijn niet vanzelfsprekend geborgd in de regio door bijvoorbeeld een effectief gebleken aanpak breder te implementeren. Er bestaat bovendien nog geen landelijk systeem om de regionaal ontwikkelde kennis te verspreiden of effectief bevonden interventies op te schalen. Tenslotte is er onvoldoende structurele financiering beschikbaar, waardoor deze werkplaatsen op dit moment nog geen duurzaam model zijn.

3. Gebrek aan goede monitoring implementatie preventieve zorg

Om het *learning health system* rondom preventie optimaal te laten functioneren, is het van groot belang dat gebruik en uitkomsten continu en systematisch worden gemonitord. Hierbij gaat het zowel om de mate waarin evidence based programma's in de preventiepraktijk worden geïmplementeerd en de deelname van de doelgroepen aan die programma's, als om het effect van preventieve interventies op gezondheidsuitkomsten van de bevolking. Op dit moment worden die uitkomsten onvoldoende geëvalueerd, en dan met name niet systematisch. De huidige Gezondheidsmonitor van GGD GHOR NL is bijvoorbeeld te weinig frequent en te weinig gedetailleerd om deze functie te vervullen.

In Nederland vindt er nauwelijks monitoring plaats van de mate waarin het handelen van professionals in de publieke gezondheidszorg of preventieve maatregelen in brede zin (bijvoorbeeld in lokaal gezondheidsbeleid) op wetenschappelijke evidence is gebaseerd. Dat geldt ook voor preventieve interventies in de zorg, zij het in mindere mate. Dat wil zeggen dat ook voor leefstijladviezen, nadat ze in richtlijnen zijn opgenomen, geen structurele monitoring plaatsvindt van de mate waarin deze richtlijnen worden opgevolgd en wat de effecten zijn. Vanwege het ontbreken van een expliciete vraag naar preventie bij een individu en het belang ervan voor gezondheidsuitkomsten,

is dergelijke monitoring wel nodig om inzicht te krijgen in de mate van implementatie. Een eerdere analyse² laat zien dat het ontbreken van een monitoring van preventieve interventies in de zorg een algemeen probleem is: slechts voor enkele programma's, zoals de landelijke screeningsprogramma's en de Gecombineerde Leefstijlinterventie is een dergelijke monitoring beschikbaar, waarbij die laatste nog forse hiaten vertoont. Dit gebrek aan goede monitoring geldt nog in veel sterkere mate voor intersectoraal beleid. Hierdoor hebben we feitelijk ook geen goed datagedreven overzicht van hoe evidence based in Nederland aan preventie gewerkt wordt.

Daarnaast is het van groot belang om van die preventieve programma's ook de compliance te monitoren en de determinanten daarvan wetenschappelijk te evalueren. Gezondheidsverschillen worden door een complex aan factoren verklaard, een daarvan is ook de deelname aan programmatische preventie. Voor sommige preventieve programma's, zoals darmkankerscreening en het vaccinatieprogramma, gebeurt dat systematisch en continue, maar voor anderen niet of incidenteel.

Tenslotte is het van belang om ook de feitelijke effecten van interventies op gezondheidsuitkomsten continue te monitoren, inclusief de impact van de context op deze effecten. Alleen zo kan de kennis worden opgebouwd om de inhoud en uitvoering van preventiebeleid bij te stellen.



² J.E. van der Hijden, J.G.M. de Bekker, W. Tjoa en K. Stronks, Meer preventie in het zorgstelsel?, Ned Tijdschr Geneeskd. (2022), 166:D6644.

³ RIVM, Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie (2023).

Aanbevelingen voor de versterking van de kennisinfrastructuur

Hoe kan de kennisinfrastructuur preventie worden versterkt? Op basis van bovenstaande analyse van knelpunten, komen we tot een aantal aanbevelingen. Deze zijn erop gericht de wetenschappelijke evidence goed door te laten stromen in de kenniscyclus, zodat er een lerend systeem ontstaat op het thema preventie, zowel in de curatieve als de publieke gezondheidszorg. De focus in die aanbevelingen ligt op de rol van umc's, en in het verlengde daarvan de NFU.

AANBEVELING

1

Om de programmatische ontwikkeling van richtlijnen en integratie van wetenschappelijke kennis in opleidingen op het terrein van preventie te bevorderen, is het noodzakelijk het proces van kennisbundeling en richtlijnontwikkeling in Nederland meer systematisch te organiseren.



Naar Engels en Amerikaanse voorbeeld (NICE, USPST) bevelen wij aan een onafhankelijke wetenschappelijke organisatie in te richten, die als taak heeft evidence based richtlijnen en standaarden te ontwikkelen op het terrein van preventie: een Nationaal Centrum voor Evidence Based Preventie. Wij stellen voor deze functie te beleggen bij umc's gezamenlijk, uiteraard in nauwe samenwerking en afstemming met instituten die op dit terrein al een rol hebben. Dit geldt bijvoorbeeld voor de eerdergenoemde organisaties als RIVM Loket Gezond Leven en de Gezondheidsraad maar ook voor de in het kader van het IZA opgerichte Coalitie Leefstijl in de Zorg, ter verdere ontwikkeling van preventie in de curatieve gezondheidszorg. Umc's zijn bij uitstek geschikt om de functie van ontwikkeling van evidence based richtlijnen en standaarden op het gebied van preventie te vervullen, gezien hun academische onafhankelijkheid en hun rol als ontwikkelaars van evidence als input hiervoor. Zo'n centrum bouwt bovendien voort op de rol van umc's in regionale settings als aanjager van evidence based preventie, bijvoorbeeld in de context van Academische Werkplaatsen en andere regionale leerwerkplaatsen. Actieve participatie van de umc's borgt bovendien de vereiste methodologische kennis over evidence synthese, richtlijnontwikkeling en implementatie. De gebruikers van de richtlijnen en standaarden zijn enerzijds professionals in de curatieve gezondheidszorg die preventieve taken verrichten (huisartsen, medische specialisten, verpleegkundigen etc.), en anderzijds organisaties in de publieke gezondheidszorg met uitvoerende taken (GGD'en, gemeenten, RIVM etc.).

AANBEVELING**2**

Om te bevorderen dat de publieke gezondheidszorg haar handelen op de best mogelijke wetenschappelijke evidence baseert, verdient het aanbeveling om

1. bestaande regionale leerwerkplaatsen te verankeren en
2. de opleiding tot artsen in de publieke gezondheidszorg (Arts M&G en bedrijfsartsen) in de academie in te bedden.



Een efficiëntere kennisbenutting is gewenst. In vergelijking met de curatieve zorg is de vertaling van wetenschappelijke evidence over preventieve interventies naar lokale setting complexer. Niet alleen omdat maatwerk nodig is, maar ook omdat preventieve interventies vaak als functie zijn gedefinieerd en de specifieke vorm lokaal ontwikkeld moet worden. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan ligt primair bij gemeenten en GGD'en. Umc's kunnen hierin een ondersteunende rol spelen: zij hebben veel kennis over die benodigde vertaling in huis en zijn door hun expertise bovendien goed in staat de uitkomsten ervan te evalueren. Op dit moment vervullen veel umc's deze rol ook in de eigen regio, maar elk op hun eigen manier. Relevante programma's waarbinnen dit is opgebouwd zijn het landelijk programma *Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid*, het NFU-programma *Onderzoek en Innovatie met en voor de gezonde regio* en het *Sectorplan Versnellen op gezondheid*. Het nadeel van deze programma's is de vrijblijvendheid ervan en de afhankelijkheid van lokale initiatieven en het gebrek aan zichtbaarheid binnen de umc's. Er is behoefte aan het inventariseren van wat een regionale kennisinfrastructuur moet zijn en wie daar minimaal deel van uit moet maken. De kwaliteit van de Academische Werkplaatsen moet bovendien in volle breedte worden versterkt. Het verdient aanbeveling binnen ieder umc deze functie van regionale leerwerkplaatsen te formaliseren en dit ook als academische taak als zodanig te waarderen en vast te leggen in specifieke loopbaanpaden, bijvoorbeeld gericht op regionale kennisverspreiding. Daarnaast verdient het aanbeveling om het onderling leren tussen de regio's verder vorm te geven. De NFU zou hier, deels in het kader van bovengenoemde programma's, het voortouw in kunnen nemen.

Idealiter worden ook opleidingen in die kennisinfrastructuur geïntegreerd. Het opleiden in interdisciplinaire samenwerking, in samenspel met regionale mbo-, hbo- en wo-opleidingen, is daar een voorbeeld van. Andere voorbeelden zijn de integratie van gedragswetenschappelijke expertise in de geneeskundeopleiding (in de vorm van leefstijlgeneeskunde) en het aanbieden van een groter aantal extramurale, (deels) op preventie gerichte stageplekken. Het Sectorplan kan ook hier een versnelling teweegbrengen.

We bevelen aan deze activiteiten, ter versterking van preventie in verschillende curricula, ook met onderzoek te begeleiden. In dit onderzoek wordt nagegaan of deze kennis ook werkelijk onderdeel wordt van de competenties van studenten en of de curricula op basis van de resultaten van het onderzoek curricula verbeteren.

Zoals zichtbaar gemaakt in de kenniscyclus, is ook de opleiding van professionals in de publieke gezondheidszorg een belangrijke weg om evidence based werken in deze sector te bevorderen. Terwijl het voor de opleiding tot klinisch specialisten en die tot huisartsen vanzelfsprekend is dat umc's de verantwoordelijkheid voor de opleiding dragen, is de rol van de academie voor de opleiding tot artsen werkzaam in de publieke gezondheidszorg, en dan met name die voor Arts Maatschappij en Gezondheid, de afgelopen jaren steeds kleiner geworden. Er zijn ontwikkelingen om de functie van opleidingsinstituut weer beter in de academie in te bedden, te beginnen in een beperkt aantal umc's.

Brede opschaling en adequate financiering van een Arts M&G-opleiding binnen umc's is essentieel voor een verdere versteviging van evidence based werken in de publieke gezondheidszorg. Op die manier komt er, in aanvulling op het huidige opleidingskader dat primair gericht is op werkplekleren, meer ruimte voor wetenschappelijke ontwikkeling. Ook is er dan meer ruimte voor het denken over evidence based practice en professionele innovatie tijdens de opleiding. Bovendien is er daarmee aandacht voor preventie in de volle breedte, inclusief breder gezondheidsbeleid. Daarnaast kan door die inbedding het onderzoek naar de werkzaamheid van onderwijsmethoden worden versterkt. Analooq aan de opleiding tot medisch specialist en huisarts is het juist die academisering van de opleiding die maakt dat de kennisontwikkelingscyclus op het gebied van preventie op gang komt en duurzaam wordt verankerd.

AANBEVELING

3

Om monitoring van zowel de feitelijke implementatie van preventie als van de effecten op gezondheidsuitkomsten mogelijk te maken, verdient het aanbeveling dat lopende initiatieven voor ontwikkeling van data-infrastructuren ook populatiegegevens omvatten. Het gaat hierbij om zowel het medisch als het sociaal domein, met integratie van bestaande cohortstudies.



Op regionaal niveau zijn in Nederland veel initiatieven gaande om een geïntegreerde data-infrastructuur voor onderzoek en innovatie te ontwikkelen, bijvoorbeeld via het Health-RI programma. De focus van deze infrastructuur ligt op registratiedata van patiënten, zoals verzameld in vooral elektronische patiëntendossiers in de intramurale zorg. Om monitoring van preventieve activiteiten mogelijk te maken, veelal gericht op mensen die nog geen contact met de zorg hebben, is het belangrijk deze initiatieven uit te breiden met gegevens over de gehele populatie en (extramurale) gegevensbronnen in een bepaalde regio. Alleen dan kan structurele monitoring van public health interventies plaatsvinden en de kenniscyclus rondgemaakt worden.

Hiertoe zijn koppelingen nodig met data uit zowel het medisch domein (bijvoorbeeld huisartsenregistraties) als het sociaal domein (bijvoorbeeld schuldhulpverlening). Population Health Data NL en ELAN Research zijn voorbeelden van initiatieven die een dergelijke data-infrastructuur voor preventief gezondheidsbeleid beogen te ontwikkelen. Integratie van de academische inspanningen rond Health-RI met die van Population Health Data NL en de vorming van een netwerk van regionale datahubs voor gezondheidsdata is essentieel om de monitoring vorm te geven.

Ook de vele cohortstudies onder de algemene bevolking die Nederland rijk is – deels gebundeld in het Nederlands Cohorten Consortium (NCC) - vormen een belangrijk onderdeel van deze infrastructuur en kunnen als het ware als meetstations van de publieke gezondheid worden ingezet. Belangrijk zijn de bestaande activiteiten rond data en innovatie vanuit het Sectorplan goed onderling af te stemmen en een infrastructuur van ‘met elkaar leren’ te organiseren.

De umc's moeten de centrale plaats zijn voor de governance en het daadwerkelijk koppelen en opschonen (bijvoorbeeld in de vorm van data competence centers) van verscheidene registratiedatabronnen afkomstig uit de gezondheidszorg, het sociaal domein en persoonlijke kenmerken (CBS). Het gaat hier om de regionale knopen/labs/hubs/nods. De umc's hebben de expertise voor het linken, opschonen en analyseren van data in veilige werkomgevingen met de nieuwste methodologie (bijvoorbeeld artificial intelligence voor het analyseren van tekstvelden), het interpreteren van de resultaten en om deze te valoriseren naar zorgverleners, doelgroepen en beleidsmedewerkers. In het NGF-project Health-RI is de basis gelegd voor de regionale datahubs vanuit de umc's. Binnen de umc's gebeurt dit met de juiste tools zoals dashboards of kaarten om vooraf in te schatten aan welke preventieve interventie behoefte is in een wijk, regio of provincie, passend bij die populatie (bijvoorbeeld leeftijd of sociaaleconomische status). Vervolgens is het mogelijk om met de (gekoppelde) registratiedata de ingevoerde interventies te evalueren, voor de korte en langere termijn.

Bijlagen

1. Werkwijze analyse

Vertrekpunt van onze werkwijze vormde het RGO-advies¹ uit 2003 *Kennisinfrastructuur public health: kennisverwerving en kennistoepassing*. Kennisinfrastructuur wordt daar beschreven als: ‘het geheel aan structurele voorzieningen dat is gericht op het genereren en toepassen van hoogwaardige kennis voor/in de praktijk van de public health’.

In het RGO-advies is gewerkt vanuit een kenniscyclus, zoals gevisualiseerd in onderstaande figuur. Deze beschrijft vier fasen: van probleemsignalering op basis van monitoring, naar onderzoek om het probleem te begrijpen of oplossingen te onderzoeken (beschrijvend, determinanten- en interventieonderzoek), via integratie van kennis tot evidence based, naar implementatie in de praktijk.

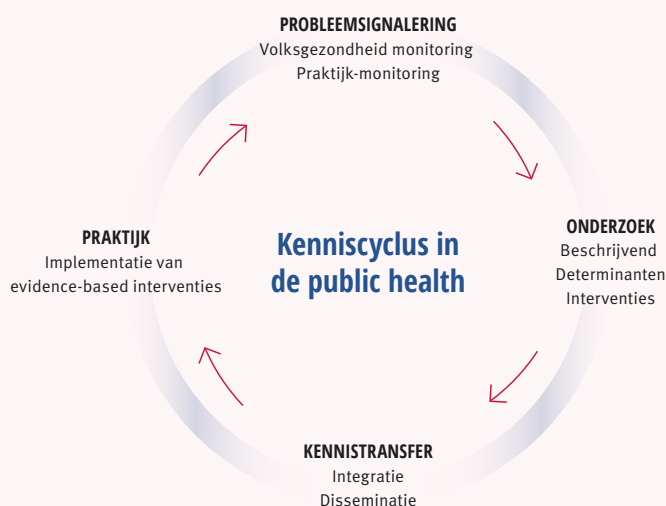


Fig.1 Kenniscyclus in public health

In figuur 2 uit het RGO-advies wordt weergegeven hoe de kenniscyclus is ingevuld in Nederland: weergegeven wordt op welke manier elk van die stappen wordt uitgevoerd, en hoe de ene stap (al dan niet) in de volgende overgaat.

In grote lijnen ziet de cyclus er als volgt uit: probleemsignalering op basis van onder meer registraties, leidt tot het starten van onderzoek om het probleem beter te begrijpen of oplossingen te onderzoeken. De onderzoeksresultaten vinden hun weg in publicaties, maar ook in richtlijnen en onderwijs en op basis daarvan verandert de praktijk de werkwijze, waarvan de effecten dan vervolgens weer op de omvang/ontwikkeling van het eerder gesignaleerde probleem gemeten kunnen worden.

¹ Raad voor Gezondheidsonderzoek, [Advies Kennisinfrastructuur Public Health: Kennisverwerving en kennistoepassing](#) (2003).

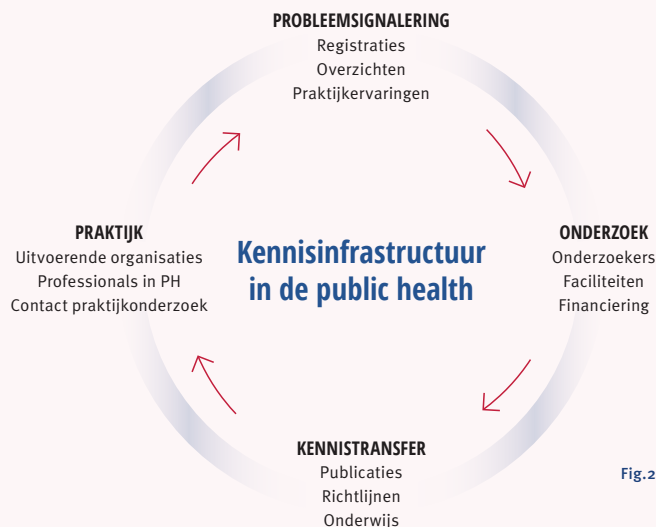


Fig.2 Kennisinstructuur in public health

We hebben ons, conform onze opdracht, beperkt tot de laatste twee stappen in deze kenniscyclus, die betrekking hebben op kennistoepassing:

1. Onderzoeksresultaten (probleemsignalerend, begrijpend of interventie-onderzoek) vinden hun weg in publicaties, richtlijnen en onderwijs (landelijk), alsook in netwerken van actoren in regio's (regionaal).
2. Op basis daarvan verandert de praktijk de werkwijze. De resultaten daarvan worden zichtbaar, in eerste instantie op procesniveau, maar uiteindelijk in effecten op gezondheids(determinanten). Daarna start de cyclus van probleemsignalering etc. weer opnieuw.

We hebben ten behoeve van ons advies de laatste twee stappen in deze kennisinfrastructuur verder geanalyseerd aan de hand van een vijftal cases: wijkaanpak (Vogelaar), stoppen met roken ondersteuning bij zwangere vrouwen, de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Rijksvaccinatieprogramma en de arbozorg. We hebben deze cases zo gekozen dat verschillende typen preventie zijn gedekt, namelijk gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering, ziektepreventie; primaire, secundaire en tertiaire preventie.

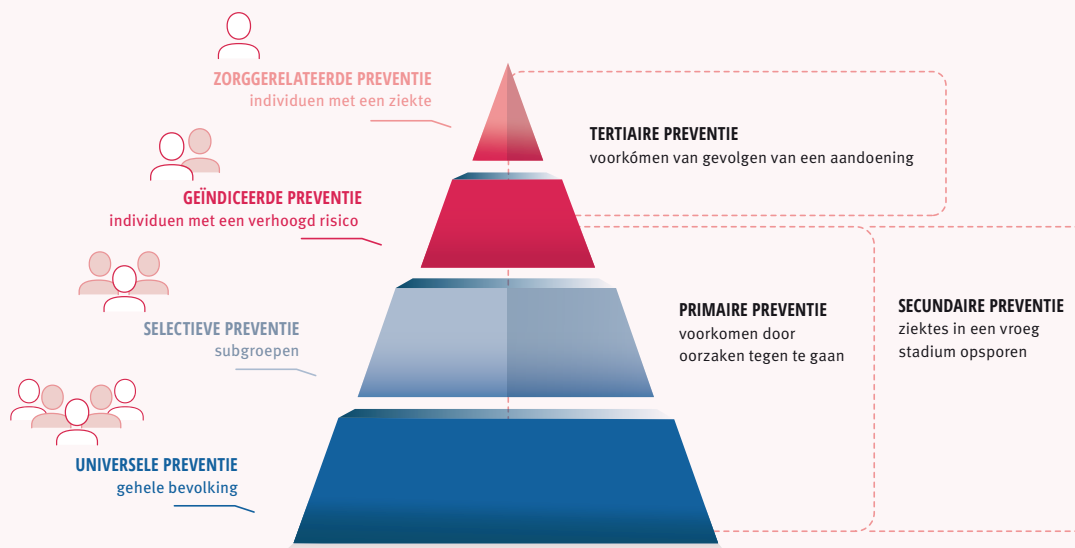
Aan de hand van deze casus hebben we een kwalitatieve analyse gemaakt van hoe de preventie kennisinfrastructuur er in Nederland, wat betreft de kennistoepassing, eruitziet. Wat gaat er goed en waar liggen mogelijkheden tot verbeteringen? Dit doen we met een focus op de rol van de umc's. We hebben deze beschrijving uitgesplitst naar twee niveaus, namelijk landelijk (sectie 3A) en regionaal niveau (sectie 3B).

2. Verantwoordelijkheid voor uitvoering preventie

Welke partijen zijn in ons gezondheidstelsel verantwoordelijk voor de uitvoering van preventie? Om een goede analyse te kunnen maken van hoe de kennisinfrastructuur functioneert, in relatie tot de vraag welke kennis in de preventiepraktijk wordt geïmplementeerd, is het uiteraard van belang te schetsen welke actoren in ons gezondheidstelsel verantwoordelijkheid dragen voor preventie. Voorafgaand aan de analyse van de kennisinfrastructuur zullen we die daarom die verantwoordelijke partijen kort benoemen.

Zoals in de NFU-paper *Wat is preventie?* is uiteengezet, wordt preventie in Nederland in verschillende sectoren uitgevoerd. In hoofdlijnen kan de volgende driedeling gemaakt worden:

Figuur 3: De preventiepiramide



Publieke gezondheidszorg

Voorbeelden van preventieve voorzieningen in deze sector zijn de jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en bevolkingsonderzoek naar een aantal vormen van kanker (mamma, colon en cervix). In deze sector wordt vooral primaire preventie uitgevoerd (voorkomen van gezondheidsproblemen door de oorzaken ervan tegen te gaan) en secundaire preventie (ziekte in een vroeg stadium opsporen).

Binnen de publieke gezondheidszorg ligt de eindverantwoordelijkheid voor preventie op landelijk niveau bij het ministerie van VWS. Een deel van de taken daarbinnen is *wettelijk* verankerd, dit geldt bijvoorbeeld voor bevolkingsonderzoeken en vaccinatieprogramma's. Een groot deel van die verantwoordelijkheden is echter weer regionaal belegd bij gemeentelijke overheden en uitvoeringsorganisaties. De uitvoering van die taken op gemeentelijk niveau zijn grotendeels belegd bij GGD'en. Een andere belangrijke actor in deze sector is het RIVM, wanneer gaat om de uitvoeringcoördinatie van met name de bevolkingsonderzoeken, het Rijksvaccinatieprogramma, en de aansturing van infectieziektebestrijding. Uitvoering daarvan is echter vaak ook weer belegd bij (supra)regionale partijen als GGD en screeningsuitvoeringsorganisaties.

Curatieve gezondheidszorg

Voorbeelden van preventieve interventies die in de curatieve gezondheidszorg worden uitgevoerd zijn griepvaccinatie voor ouderen, cardiovasculair risicomanagement, voedingsadvies bij patiënten met diabetes mellitus of andere chronische aandoeningen, en pre- en posthabilitatie bij patiënten met ernstige aandoeningen. Deze voorbeelden laten zien dat in deze sector zowel primaire,

secundaire, als tertiaire preventie (gedefinieerd als het voorkómen of beperken van de gevolgen van een aandoening) is ingebed. Een groot deel van die taken is belegd bij huisartsen en daarnaast bij specialistische afdelingen van ziekenhuizen. Soms wordt preventie in de zorg samen met andere sectoren uitgevoerd (sociaal domein), zoals schuldhulpverlening of Welzijn op recept. Preventie in de curatieve zorg is niet wettelijk verankerd (zoals in het geval van de publieke gezondheidszorg), maar is vastgelegd in professionele richtlijnen en standaarden.

Intersectoraal beleid

In intersectoraal beleid werken bovengenoemde sectoren samen met andere beleidsterreinen, zoals onderwijs, arbobeleid en sociale zekerheid. Voorbeelden van dergelijk intersectoraal beleid zijn wet- en regelgeving en infrastructurele maatregelen met betrekking tot verkeersveiligheid, invoering van een suikertaks, maatregelen om de kwaliteit van woningen te verbeteren, armoedebestrijding, milieueffect monitoring en educatieprogramma's op scholen over veilig rijden. Deze voorbeelden laten zien dat het vooral gaat om vormen van preventie die gericht zijn op het wegnemen van oorzaken van ziekten/gezondheidsproblemen (primaire preventie dus).

De verantwoordelijkheden voor de uitvoering van al deze heel verschillende maatregelen liggen bij een brede range aan actoren, van werkgevers, tot scholen, uitkeringsorganisaties en gemeentelijke diensten op terrein van infrastructuur. De verantwoordelijkheid voor het beleggen van maatregelen op andere terreinen dan de publieke gezondheidszorg liggen uiteindelijk wel weer bij relevante actoren in de publieke gezondheidszorg, zoals het ministerie van VWS en het RIVM, en gemeenten en GGD'en. De basis daarvoor is echter niet, zoals bij publieke gezondheidszorg, een wettelijke verankering. Veel vaker zijn is de uitvoering van intersectoraal beleid onderwerp van politieke besluitvorming.

3A. Beschrijving van kennisinfrastructuur rond preventie: landelijk niveau

Infrastructuur voor transfer van kennis naar de praktijk/het beleid

Vanuit het principe van evidence based medicine is het algemeen geaccepteerd dat, parallel aan de curatieve zorg, de uitvoeringspraktijk van preventie zoveel mogelijk gebaseerd zou moeten zijn op wetenschappelijke inzichten met betrekking tot (kosten)effectiviteit en veiligheid van het handelen. Er dient dus kennistransfer te zijn om deze inzichten te laten landen in de praktijk en/of beleid. Op het landelijk niveau gaat dat niet zozeer om de transfer van resultaten van individuele onderzoeken, maar om gebundelde kennis uit de wetenschappelijke literatuur. De transfer van kennis naar de praktijk/het beleid vereist op dit niveau daarom ook kennisaggregatie.

Achtereenvolgens beschrijven we:

- Typen kennistransfer.
- De organisaties die hierin een sleutelrol spelen.
- De plaats waar de regie voor dit proces van kennistransfer is belegd.

Vier typen kennistransfer

Grofweg onderscheiden we nu vier typen kennistransfer: wetenschappelijke publicaties, richtlijnen, onderwijs en communicatie (het informeren van de (intermediaire) doelgroep). Gegeven de verantwoordelijkheden zoals in de vorige sectie beschreven, moet deze kennistransfer vooral plaatsvinden naar actoren in de publieke gezondheidszorg (ministerie van VWS, RIVM, gemeenten en GGD'en), naar relevante beroepsgroepen in de curatieve zorg (huisartsen, medische specialismen, diëtisten, leefstijlcoaches) en naar het publiek.

Wetenschappelijke publicaties

Deze zijn primair bedoeld om vakgenoten te informeren. Bewegingen als open access en het belang van societal impact leiden tot een grotere toegankelijkheid van wetenschappelijke kennis. Steeds vaker zien we een vertaling van wetenschappelijke publicaties in vaktijdschriften en populaire media. Niettemin is het primaire doel van deze wetenschappelijke publicaties niet om individueel de uitvoeringspraktijk van preventie te voeden, maar zullen de resultaten primair via de volgende drie categorieën in de uitvoeringspraktijk terecht komen.

Richtlijnen

Op sommige gebieden van preventie is de transfer van kennis naar praktijk/beleid georganiseerd, analoog aan de curatieve sector, via richtlijnen. Dit is bijvoorbeeld vooral goed verankerd bij bedrijfsartsen, maar ook bij vaccinaties en cardiovasculair risicomanagement (multidisciplinaire richtlijn CVRM). Vrijwel alle standaarden en richtlijnen in de gezondheidszorg bevatten passages over preventie (zie ook Van der Hijden et al., NTVG 2022).

Voor een deel, maar niet altijd, geven die richtlijnen ook aan wat er dan precies gedaan moet worden. Dit is bijvoorbeeld ook het geval in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en op preventieve zorg rondom obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland). Basis voor deze richtlijnen vormen systematische reviews van individuele studies, conform het gedachtegoed van evidence based medicine. Ook nationale bevolkingsonderzoeken en vaccinatieprogramma's zijn in het algemeen gebaseerd op gesummeerde wetenschappelijke evidentie.

Onderwijs

Onderwijs op het gebied van preventie vindt plaats in specifieke opleidingen binnen de gezondheidswetenschappen (bijvoorbeeld Health Education and Promotion) op universiteiten, HBO (bijvoorbeeld Sportkunde) en MBO (bijvoorbeeld pedagogisch medewerker). Inbedding van relevante kennis over preventie in andere opleidingen (geneeskunde, gezondheidswetenschappen, paramedische opleidingen) lijkt de laatste jaren steeds meer aandacht te krijgen, bijvoorbeeld geïllustreerd met de opkomst van leefstijlgeneeskunde en Positieve Gezondheid. Maar preventie moet daarbij nog altijd zwaar concurreren met de klinische invulling van de gezondheidsopleidingen. Daarnaast is preventieonderwijs soms onderdeel van postacademisch onderwijs en training.

Informeren van de doelgroep

Hier kan de einddoelgroep worden onderscheiden, namelijk het brede publiek, de inwoners van Nederland. Denk daarbij aan informatievoorziening in het kader van vaccinatie aan kinderen, jongeren en ouders maar ook de intermediaire doelgroep zoals wethouders, zorgverzekeraars en schooldirecteuren. Gerichte presentaties (bijvoorbeeld over het effect van de inzet van intersectoraal beleid), publieksvoorlichting en informatiecampagnes (HPV-vaccinatie) zijn hiervoor gebruikte strategieën voor kennistransfer. Hierbij gaat het niet alleen om informatie, maar ook om optimaliseren van deelname. Kosteneffectiviteit van veel preventieve interventies is immers direct gerelateerd aan draagvlak en participatiegraad. Voorlichting en communicatie is soms ook onderdeel van politieke besluitvorming.

Wie voert die kennistransfer uit?

De volgende actoren spelen een sleutelrol in de kennistransfer op landelijk niveau: opleidingen, umc's als onderzoeks- en onderwijsinstiteiten, beroepsverenigingen, landelijke expertisecentra (bijvoorbeeld Pharos, Alles is Gezondheid), ministerie van VWS, Gezondheidsraad, RIVM en GGD'en.

Opleidingen

Hierbij valt te denken aan: universiteiten, umc's, onderzoeksinstituten, hogescholen, Netherlands School Public and Occupational Health (NSPOH), post-hbo-opleidingen (bijvoorbeeld voor leefstijlcoaches) en mbo-opleidingen. Deze actoren spelen een rol in de transfer van wetenschappelijke publicaties naar de praktijk en de transfer van kennis in opleiding van professionals. Het post-initieel onderwijs lijkt wat achter te blijven in dit proces van kennistransfer.

Umc's/universiteiten als onderzoeksinstituten

De umc's/universiteiten hebben niet alleen een rol in het onderwijs, maar ook in onderzoek. Dit gebeurt vooral via het publiceren van onderzoeksbevindingen en via kennisaggregatie om de opgedane kennis beschikbaar te maken voor andere wetenschappers. Op die manier komen ze ook tot een synthese van kennis (zoals bij reviews).

Beroepsverenigingen en samenwerkingsverbanden

Voorbeelden hiervan zijn de beroepsverenigingen voor (NIV), huisartsen (NHG), diëtisten (NVD), beroepsorganisaties als AJN Jeugdartsen Nederland, V&VN vakgroep jeugd, de beroepsverenigingen voor leefstijlcoaches (BLCN), bedrijfsartsen (NVAB), huisartsen (LHV en NHG) en Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV). Deze actoren spelen een rol in richtlijnontwikkeling en in het informeren van professionals over belangrijke ontwikkelingen in het preventie werkveld, zoals wijzigingen in het RVP of aanpassing in het klinisch handelen.

Landelijke expertisecentra

Voorbeelden van landelijke expertisecentra zijn het Landelijk expertisecentrum stoffengerelateerde beroepsziekten (LEXces), RIVM (onder andere het Loket Gezond Leven), Pharos, Trimbos-instituut en het Voedingscentrum. Deze organisaties spelen een rol in de ontwikkeling van richtlijnen, het informeren van de doelgroep en in het opleiden van professionals. Zo is het RIVM verantwoordelijk voor medisch-inhoudelijke aansturing van vaccinaties (bijvoorbeeld via het Rijksvaccinatieprogramma) en bevolkingsonderzoeken en het ontwikkelen van voorlichtingsmaterialen voor de einddoelgroep. Het Centrum Gezond Leven, met daarbinnen bijvoorbeeld het Loket Gezond Leven, draagt bij aan ontwikkeling van richtlijnen/standaarden via de database effectieve interventies. Bij het expertisecentrum Gezonde School vindt kennistransfer ook plaats door training van bijvoorbeeld Gezonde Schoolcoördinatoren en -adviseurs. Pharos bundelt kennis over cultuurspecifieke uitvoering in bijvoorbeeld handreikingen voor gemeenten, onder andere over intersectoraal gezondheidsbeleid.

Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad weegt op bepaalde onderwerpen de evidence over de effectiviteit van preventieve interventies en vertaalt deze in richtlijnen en adviezen. Dit betreft in de praktijk vooral vaccinaties ter preventie van infectieziekten (bijvoorbeeld adviezen over het Rijksvaccinatieprogramma) en vroege opsporing (bijvoorbeeld screening op type 2-diabetes mellitus). Dit gebeurt via de vaste commissies Vaccinaties, Bevolkingsonderzoek en Screening rond zwangerschap en geboorte.

Andere preventieve maatregelen (bijvoorbeeld gedragsinterventies of intersectoraal beleid) lijken niet structureel bij vaste commissies belegd, maar zijn wel soms onderwerp van incidentele commissies (bijvoorbeeld rond de preventie van eetstoornissen). Ook stelt de Gezondheidsraad richtlijnen op voor wat ‘gezond gedrag’ is, zoals de Beweegrichtlijnen, en richtlijnen Goede Voeding. Daarnaast zijn er richtlijnen over een ‘gezonde omgeving’, zoals advies over gehoorschade door versterkte muziek. Ook andere overheidsorganisaties (zoals de WRR en de RVS) spelen een rol in de kennistransfer rondom preventie. Hier gaat het vaak meer om transsectorale duiding, prioritering en voorbereiding van politieke besluitvorming en niet primair om advies op basis van kennissynthese.

JGZ-organisaties/GGD'en

Binnen het veld van de publieke gezondheidszorg zijn GGD'en primair uitvoeringsorganisaties. In die rol verzorgen GGD'en vaak ook de informatieoverdracht naar de einddoelgroep, bijvoorbeeld door voorlichtingsmaterialen beschikbaar te stellen. Hun rol in de overdracht van wetenschappelijke kennis naar de praktijk is beperkt.

Door wie wordt die kennistransfer aangestuurd?

Wie de regie heeft over de kennistransfer, verschilt per sector.

Publieke gezondheidszorg

Voor gezondheidsbevorderende interventies binnen de publieke gezondheidszorg vervult het RIVM/Centrum Gezond Leven een regierol door elders (onder andere binnen de umc's) ontwikkelde kennis te bundelen.

Curatieve gezondheidszorg

Voor preventieve interventies in de zorg zijn beroepsverenigingen een regisserende partij wat betreft de richtlijnontwikkeling. De kennistransfer in de onderwijssetting vindt regionaal plaats via de onderwijsinstellingen (umc's, hbo, roc's) (meestal initieel onderwijs, op een enkele plek post-initieel onderwijs), tegen de achtergrond van relevante kaders (bijvoorbeeld voor het Raamplan voor Artsopleiding).

Intersectoraal beleid

Met betrekking tot de kennistransfer naar andere sectoren dan de gezondheidszorg die bij intersectorale aanpak betrokken zijn (volkshuisvesting, veiligheid, economische zaken), lijkt er geen centraal regisserend orgaan te zijn. Advisering loopt bijvoorbeeld via de WRR en de RVS, de uitvoering via intersectorale ambtelijke samenwerking.

Conclusie met betrekking tot de beschikbare kennisinfrastructuur voor kennistransfer

De conclusies over hoe goed de huidige kennisinfrastructuur voor de transfer van kennis naar beleid/praktijk werkt, verschillen tussen de verschillende typen kennistransfer.

Wetenschappelijke publicaties

Research is een wettelijk vastgelegde academische kerntaak van umc's/universiteiten, ingebed in een stevig intern kwaliteitskader en goed verankerd in de huidige werkwijze van deze organisaties in lokale, nationale en internationale netwerken. De aandacht voor de 'maatschappelijke vertaling' van wetenschappelijke publicaties via vaktijdschriften en populaire media neemt ook steeds meer toe. Aandachtspunt daarbij is wel dat voor optimale kennistransfer naar het brede publiek vooral vertaling van 'gesynthetiseerde' kennis van belang is. Individuele studies die nu vaak (om uiteenlopende redenen) veel aandacht krijgen in de media creëren vaak onterechte verwachtingen (vermeende, maar zelden direct gerealiseerde 'doorbraken').

Richtlijnen

De transfer van kennis naar praktijk/beleid via richtlijnen is voor een aantal onderwerpen van preventie goed georganiseerd, vergelijkbaar met hoe het voor klinische zorg geregeld is. Dit lijkt vooral het geval voor preventieve interventies in de curatieve sector en dan met name die uitgevoerd worden door medische beroepsgroepen. Voorbeelden zijn vaccinaties, bevolkingsonderzoek, preventieve interventies op het terrein van bedrijfs- en jeugdgezondheidszorg en interventies voor secundaire preventie in klinisch beleid.

Echter, een systematische aanpak van kennisbundeling zoals georganiseerd voor de curatieve zorg, (bijvoorbeeld via de Cochrane Library) ontbreekt voor de publieke gezondheidszorg, alsook voor het intersectoraal beleid. De Cochrane Library bevat weliswaar op deelterreinen van de preventieve zorg gesynthetiseerde kennis, maar door de gehanteerde hiërarchie van wetenschappelijk bewijs en de nadruk op randomized controlled trials, omvat dit maar een beperkt deel van mogelijke interventies. De interventies die aan een dergelijke synthese kunnen worden onderworpen, zijn bovendien vooral een selectie van mogelijk preventieve strategieën, namelijk die op individueel niveau (in tegenstelling tot populatieniveau) kunnen worden ingezet. Een complicerende factor is dat de preventiespecifieke onderzoeksmethodologie ten dele in ontwikkeling is en niet altijd aansluit op het 'klassieke' epidemiologische onderzoeksparadigma.

Door het ontbreken van een centraal orgaan dat kennissynthese op het gebied van preventie regisseert en daarmee de evidence base creëert voor richtlijnen, is het proces van vertaling van individueel onderzoek naar richtlijnen heel versnipperd. Momenteel zijn de richtlijnen in het veld te praktisch aangevlogen (rol beroepsverenigingen), waardoor deze als het ware uit de academie gehaald zijn. Juist omdat voor preventieve interventies geldt dat er in het algemeen geen vraag van een individu is (wat wel het geval is wanneer iemand zich met een klacht meldt bij een arts voor nadere diagnostiek of behandeling) maar wel een beleidsvraag op populatieniveau. Daarom zijn in andere landen instanties aangewezen die op basis van wetenschappelijke kennis en consensus overzichten maken van welke preventieve interventies bij wie zeker of zeer waarschijnlijk gezondheidswinst opleveren en daarom systematisch zouden moeten worden aangeboden aan die betreffende doelgroepen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de US Preventive Services Taskforce (USPST).

Richtlijnen zijn publiekelijk beschikbaar maar zijn in feite losse 'plukjes'. Hier ontbreekt de verbinding. Voor het thema 'leefstijlinterventies in de zorg' (casus stoppen met roken interventie en de GLI) zijn de afgelopen jaren veel initiatieven genomen om de kennis op dit gebied te synthetiseren en beschikbaar te maken voor de praktijk. Denk aan Lifestyle4health en het initiatief van de Coalitie Leefstijl in de Zorg binnen het IZA.

Voor preventieve strategieën buiten de zorg, in intersectoraal beleid, is er een aantal expertisecentra dat expertise bundelt en beschikbaar stelt voor professionals in beleid en praktijk, zoals het Centrum Gezond Leven van het RIVM en Pharos. Echter, zoals hierboven aangegeven, ontbreekt hier een systematische aanpak, vergelijkbaar met de Cochrane Collection voor de curatieve zorg. Onder meer bij de casus van 'wijkaanpak' blijkt bovendien dat de rol van umc als 'leverancier van kennis' hier niet goed uit de verf komt. De oorzaak daarvan is tweeledig: enerzijds is de link tussen deze centra en de academie beperkt, waardoor de voor de curatieve zorg beschreven kennissynthese cyclus niet goed functioneert. Anderzijds vindt er in de umc's op het gebied van preventie nog weinig integratie/synthese van kennis plaats en is er in tegenstelling tot de curatieve zorg weinig aandacht voor de methodologie. Er lijkt op dit onderwerp vooral opportunistisch en projectmatig gewerkt te worden en er is weinig structurele financiering, die het mogelijk maakt om de kennis uit afzonderlijke onderzoeksprojecten verder te brengen. Deze lacune vormde ook in feite de basis voor het Sectorplan dat vanuit NFU is ingediend bij OCW en dat vooral gericht is op de versterking van de academische infrastructuur die nodig is om de verbinding te versterken tussen de innovatie en de preventiepraktijk, bijvoorbeeld met

innovatieomgevingen en living labs gesteund door data-infrastructuur en methodologische ontwikkeling. Verwacht mag worden dat door deze investering de rol van de umc's als academische motor van innovatie en evaluatie op het gebied van preventieve interventies sterker zal worden maar tegelijkertijd vraagt dit proces ook landelijke afstemming, om de kennis die verspreid over het land wordt opgedaan te bundelen.

Onderwijs

Uit de casus (bijvoorbeeld de GLI) blijkt dat naast een grotere aandacht voor preventie in het onderwijs aan professionals vooral het proces van kennistransfer in post-initieel onderwijsverbetering behoeft. Dit geldt voor onderwerpen als het voeren van gesprekken over preventie, de impact van adequate preventie op de curatieve zorg of de transfer van nieuwste inzichten over leefstijlcoaching in post-hbo opleidingen. Een belangrijke rol voor de umc's is ook het aanjagen van het interdisciplinair en intersectoraal onderwijs (samen met hbo's en roc). In het land lopen veel initiatieven op dit gebied, ook ingegeven door de veranderende arbeidsmarkt. Het belang van de interprofessionele samenwerking is ook voor preventie groot, omdat de uitvoering van programma's vaak intersectoraal verloopt (in het curatieve, publieke en sociaal domein).

Informerende van de (eind)doelgroep

Overdracht van kennis naar de einddoelgroep van burgers (publieksinformatie en campagnes) verloopt via uitvoeringsorganisaties als GGD'en en het RIVM. Overdracht van kennis naar intermediaire doelgroepen (bijvoorbeeld ambtenaren, bestuurders) vindt deels vanuit umc's plaats, vooral vanuit de academische functie van maatschappelijke dienstverlening.

Kennisinfrastructuur voor implementatie in de praktijk en het beleid

Is wetenschappelijke kennis overgedragen naar de praktijk, dan is de laatste stap in de kenniscyclus dat de implementatie van die kennis plaatsvindt en dat wordt gemonitord in hoeverre die implementatie daadwerkelijk plaatsvindt.

De stap van de feitelijke implementatie impliceert, met andere woorden, dat de organisaties die de preventieve zorg uitvoeren (zie sectie 1) en de professionals daarbinnen, hun handelen ook op die evidence baseren. Daarnaast impliceert het dat zij evalueren aan de hand van de verzamelde data die ze zelf in de praktijk genereren. Dat maakt de cirkel van kennisverwerving en toepassing uiteindelijk weer rond. De infrastructuur die de feitelijke implementatie ondersteunt, kan bijvoorbeeld bestaan uit protocollen die professionals in het dagelijks werk gebruiken, bijvoorbeeld bij de ondersteuning van patiënten die willen stoppen met roken.

De feitelijke implementatie kan bijvoorbeeld ook bevorderd worden door professionals, die de preventie uitvoeren, in hun opleiding bewust te maken van het belang van evidence based werken en ook wetenschappelijk bewijs te leren beoordelen. Daarnaast kan de uitvoering van preventieve zorg wettelijk worden verankerd.

Ook de feedback op performance (aan de hand van beschikbare data) blijkt in de praktijk een nuttige strategie om professionals en organisatie te verleiden tot actieve participatie in de kenniscyclus.

Achtereenvolgens beschrijven we hieronder:

- De organisaties die een sleutelrol spelen in de feitelijke implementatie van kennis;
- De plaats waar de regie voor dit proces van kennistransfer is belegd.

Wie voert de implementatie van kennis in de praktijk/beleid op landelijk niveau uit?

In deze stap van de kennistoepassing staan de partijen die preventie uitvoeren centraal (zie sectie 2): dit zijn vooral de actoren in de publieke gezondheidszorg (ministerie van VWS, RIVM, gemeenten en GGD'en, landelijke kenniscentra zoals Trimbos-instituut, Pharos, Voedingscentrum) en koepels van relevante beroepsgroepen in de curatieve zorg (huisartsen, medische specialismen, diëtisten, leefstijlcoaches), maar ook de brede range aan actoren die intersectoraal beleid uitvoeren (koepels van scholen, werkgevers, ambtenaren van verschillende ministeries en gemeenten).

Umc's zijn via onderzoeks- en onderwijsexpertise regelmatig ook betrokken in de implementatie, de uitvoeringsorganisatie (screeningprogramma's) en in de evaluatie van programma's. Het monitoren van de uitvoer van interventies én het evalueren van deze interventies voor specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld chronische patiënten, zwangeren, jongeren, bewoners in een wijk) kunnen onder andere verricht worden met bestaande dataregistraties vanuit de eerste- en nuldelijn, bijvoorbeeld:

- Huisartsregistratiegegevens van netwerken zoals bijvoorbeeld Academisch Huisartsen Ontwikkel Netwerk (UMCG), Family Medicine Network (Radboud UMC), Julius Huisartsen Netwerk (Utrecht) of het Research Network Family Medicine Maastricht (MUMC+), om zorgconsumptie in de eerste lijn te monitoren.
- Perined of DIAPER (RIVM) registratiedata om zwangerschapsuitkomsten te monitoren;
- GGZ-registratiedata om mentale gezondheid te monitoren
- GGD-registratiedata van het consultatiebureau om de ontwikkeling en groei van kinderen te monitoren.

Wie heeft de regie over deze fase van de kenniscyclus?

In de vorige stap van de kenniscyclus (transfer van kennis naar uitvoerende partijen) hebben we verschillende beperkingen geconstateerd. De beperkingen in de fase van de daadwerkelijke implementatie lijken echter nog groter. We benoemen er een paar:

- Er zijn partijen die kennis bundelen (zoals het Centrum Gezond Leven), maar regie over de transfer van die kennis naar de praktijk is er niet. Zo lijkt de rol van expertisecentra een passieve: de praktijkpartij kan de kennis ophalen, maar de expertisecentra faciliteren niet proactief de feitelijke implementatie van die kennis in de praktijk.
- Proactieve kennistransfer vindt plaats in de onderwijssetting; meestal initieel onderwijs, op een enkele plek post-initieel onderwijs. Echter, een systematische vertaling van richtlijnen/standaarden, zoals in de vorige stap onderscheiden naar bijvoorbeeld competentieprofielen, ontbreekt vaak. Ook wordt de potentie voor het initieel onderwijs onvoldoende benut.
- Beroepsverenigingen richten zich primair op regie ten aanzien van het opstellen en aanpassen van richtlijnen en minder op de vertaling daarvan in bijvoorbeeld protocollen.
- In regionale academische werkplaatsen wordt kennis geïmplementeerd (zie sectie 3B), maar terugkoppeling naar het landelijke niveau of regie daarop vindt niet systematisch plaats.
- Daarnaast is het van belang op te merken dat er nauwelijks monitoring plaatsvindt van de inzet van evidence based preventieve interventies. Zo is er, voor preventieve interventies in de zorg (bijvoorbeeld de stoppen met roken ondersteuning), nadat ze in richtlijnen zijn opgenomen, geen structurele monitoring van de mate waarin deze richtlijnen worden opgevolgd. Vanwege het ontbreken van een expliciete vraag naar preventie bij een individu, is dergelijke monitoring wel nodig om inzicht te krijgen in de mate van implementatie. Een eerdere analyse (van der Hijden et al. NTvG 2022) laat zien dat het ontbreken van een monitoring van preventieve interventies in de zorg een algemeen probleem is (en niet specifiek dus voor stoppen met roken ondersteuning): slechts voor de collectieve uitgevoerde screeningsprogramma's is een dergelijke monitoring beschikbaar. Dit geldt nog in veel sterkere mate voor intersectoraal beleid. Door het ontbreken van dergelijke monitoringsgegevens, hebben we feitelijk ook geen goed datagedreven overzicht van hoe evidence based in Nederland aan preventie gewerkt wordt.

Conclusie beschikbare kennisinfrastructuur en eventuele hiaten

Er lijken zich in deze fase twee problemen voor te doen op landelijk niveau:

1. **Gebrekkige implementatie:** Er ontbreekt centrale regie op de feitelijke implementatie van wetenschappelijke evidence over preventie.
2. **Gebrekkige monitoring van effect:** Er ontbreekt inzicht in de mate waarin bij de uitvoering van preventie volgens de bestaande evidence wordt gewerkt en in hoe groot de impact is.

3B. Beschrijving van kennisinfrastructuur rond preventie: regionaal niveau

Infrastructuur voor transfer van kennis naar de praktijk/het beleid

Ook op regionaal niveau is de transfer van kennis naar lokale praktijk en beleid van belang. Waarschijnlijk past een regionale kennisinfrastructuur zelfs beter bij de bestuurlijke gevolgen van de decentralisatie in het sociale domein (WMO, participatie, jeugdzorg) en de curatieve sector (IZA-uitrol, regionale zorgnetwerken). Dit vereist visie vanuit de umc's over hoe het landelijke kennisaanbod regionaal beter kan worden ingezet ten bate van regionale implementatie van preventiebeleid.

Wat wordt aan kennistransfer gedaan en wie doet dat?

Het gaat hier primair om de regionale vertaling en adoptie van de vier typen kennistransfer (zie sectie 3B): wetenschappelijke publicaties, richtlijnen, onderwijs en het informeren van de (intermediaire) doelgroep/ publiekscommunicatie. Er is regionaal veel beschikbaar. Er zijn samenwerkingsverbanden rondom GGD'en, academische werkplaatsen huisartsgeneeskunde, verpleegkunde, ouderengeneeskunde en public health, universiteiten, lectoraten in het hbo, mbo-practoraten, ROS'en en regionale clusters vanuit de umc's., vaak in samenwerking met gemeentes.

De regionale vertaling van kennis wordt onder andere opgepakt door de GGD. GGD'en hebben een aantal wettelijke en soms aanvullende taken op het gebied van publieke gezondheid(sbevordering). Dat het bevorderen van wetenschappelijke kennis feitelijk wordt geïmplementeerd, is voor GGD'en niet altijd vanzelfsprekend, onder andere veroorzaakt door de grote hoeveelheid aan uitvoerende taken, maar ook door de bestuurlijk overheersende interesse voor de uitvoering ten opzichte van de inhoud. Veelal lukt het een GGD niet tijd en menskracht vrij te maken voor een optimale lokale kennistransfer. De GGD'en concentreren zich op het maken van (eigen) gezondheidsmonitors en het verzamelen van data waar het hun kennistaak betreft. Kennis van en aandacht voor het goed benutten van andere beschikbare data ontbreekt. Die pragmatische, praktijkgerichte oriëntatie van de GGD'en wordt mede overeind gehouden door de gemeentelijke overheid, die voor de uitvoering van haar gezondheidsbeleid afhankelijk van de GGD is. Ook het feit dat de middelen van de GGD steeds beperkter zijn geworden, speelt in deze ontwikkeling een rol.

De laatste decennia zijn Academische Werkplaatsen ingericht om de verbinding tussen praktijk en academie te versterken. Vrijwel alle GGD'en zijn verbonden met Academische Werkplaatsen, meestal op het terrein van publieke gezondheid. Er zijn 11 regionale Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid (AWPG)¹.

De rol en inbreng van een GGD is per werkplaats verschillend. Op een aantal plaatsen heeft zij het voortouw en de coördinatie, bij anderen ligt die rol nadrukkelijk bij het umc. Ondanks het feit dat er al zo'n tien jaar geen landelijke structurele coördinatie-subsidie beschikbaar is voor de AWPG's (in tegenstelling tot bijvoorbeeld domeinen als langdurige zorg en het sociaal domein), is in de meeste regio's nog een AWPG actief. Maar hun voortbestaan is allerminst zeker, onder andere als gevolg van het eerder benoemde gebrek aan bestuurlijke prioriteit rondom kennistransfer.

¹ ZonMw, Overzicht Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid.

Daarnaast zijn er ook andere werkplaatsen rondom GGD'en, op terreinen van jeugd, veiligheid, medische milieukunde, maatschappelijke zorg en het sociaal domein. Bovendien zijn er ook andere organisaties dan GGD'en, zoals organisaties in de ouderenzorg, die academische werkplaatsen hebben ingericht. Hieronder volgt een (onvolledig) overzicht:

- Academische Werkplaatsen Jeugd. Deze 9 regionale werkplaatsen hebben als doel om praktijkgerichte onderzoeksactiviteiten in de jeugdsector structureel te versterken.
- Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd. Dertien werkplaatsen die de werelden van praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs verbinden, met structurele inbreng van ouders en jongeren.
- Acht regionale netwerken vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg.
- Wmo-werkplaatsen; bestaan vanaf 2009, inmiddels zijn er 13. De werkprogramma's van deze werkplaatsen komen regionaal tot stand, in samenwerking tussen gemeenten, zorg- en welzijnsaanbieders en hogescholen.
- Vijf Academische Werkplaatsen voor de Gehandicaptensector (vanaf 2012). Hieraan nemen relevante partijen vanuit het sociaal domein deel.
- Zeven academische netwerken huisarts- en eerstelijns geneeskunde, waar de academische eerstelijns zorginnovatie en evaluatie doet samen met de eerstelijns praktijk.

Verder zijn er andere regionale kennisinfrastructuren, zoals:

- Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) voor de eerste lijn. Deze bestaan vanaf 2004 en er zijn verspreid over het land 13 ROS'en ². Deze worden ten dele gefinancierd door de zorgverzekeraars en hebben als opdracht de organisatie en innovatie van de eerste lijn in de volle breedte te ondersteunen, zowel curatief als preventief. In dat kader doen ze vaak wel beleidsondersteunend research, maar geen primair wetenschappelijk onderzoek.
- Gemeenten hebben regionale leergemeenschappen rond bepaalde thema's, waaronder sociale wijkteams en burgerparticipatie.

De initiatie van regionale kennisinfrastructuren geeft de behoefte aan dergelijke structuren aan. Er worden lokaal netwerken gevormd op basis van thema's (bijvoorbeeld lokale beweegallianties, mentale gezondheid), doelgroepen (bijvoorbeeld kinderen, jongeren), of setting (bijvoorbeeld de gezonde school). Het netwerklandschap kan echter het beste omschreven worden als een inefficiënte kluwen van (deels) overlappende netwerken.

Door wie wordt die kennistransfer aangestuurd en wie heeft de regie over kennistransfer?

Hoewel er een breed gedragen behoefte is aan visie als kader voor het vormgeven van een regionale kennisinfrastructuur, is er geen regisseur die hier het voortouw neemt. In het algemeen kan worden gesteld dat de kennistransfer in de regio vaak versnipperd is en onvoldoende op elkaar afgestemd. Zo lukt het in veel regio's niet de mogelijkheden voor onderwijs bij GGD'en of andere publieke gezondheidsinstellingen ten volste te benutten en praktijkleren samen met kennis- en onderwijsinstellingen vorm te geven.

In eerder uitgevoerde analyses (bijvoorbeeld Backx, 2022) worden knelpunten geïdentificeerd. Doel is meer samenwerking af te dwingen om de versnippering tegen te gaan, meer kennis krijgen over implementatievraagstukken van leefstijlinterventies, interdisciplinaire samenwerking en domeinoverstijgend onderzoek. Andere doelstellingen zijn het burgerperspectief meer als uitgangspunt te nemen, onderwijs bij het onderzoek te betrekken en de regio meer zeggenschap geven over de kennisagenda.

De kennistransfer in de onderwijssetting vindt soms lokaal plaats (meestal initieel onderwijs, op een enkele plek post-initieel onderwijs), tegen de achtergrond van relevante kaders (bijvoorbeeld Raamplan voor artsopleiding, of de Human Capital-agenda van Health Holland).

De Academische Werkplaatsen hebben een impuls gegeven aan kennistransfer op het gebied van preventie. Maar naast de grote verschillen in positie zijn de werkplaatsen allerm minst al overal structureel ingebed in de regionale kennisinfrastructuur. Bovendien verschilt het academische niveau van de Academische Werkplaatsen in het land sterk. Op verschillende plaatsen zijn er initiatieven om

² ROS-netwerk, Wat is het ROS-netwerk? Wat doen de ROS'en? (2023).

het onderwijs te verbinden met de professionele praktijk in de regio (werkplaats leren, ‘community based learning’ zoals de Hogeschool Utrecht dat organiseert, coschap in de wijk (UMCU)).

Momenteel loopt een ZonMw-subsidietraject om meer zicht te krijgen op de rol en taakopvatting van verschillende partijen binnen de regionale kennisinfrastructuur en het duidelijk krijgen van de behoeften van de kennisgebruikers. Uitgangspunt hierbij is dat primair GGD'en de regionale kennis- en adviesrol zouden moeten oppakken en dat zij een schakelfunctie in de regio kunnen aannemen. Daartoe zou echter de wetenschappelijke capaciteit van de GGD versterkt moeten worden, ofwel door zelf meer kennissynthese te doen dan wel door een intensievere verbinding met de umc's. Verder wordt gezocht naar een goede uitwisseling van kennis tussen de regio en op landelijk gebied.

Er is fragmentarisch ervaring opgedaan met modellen die passend zijn om regionale kennistransfer duurzaam te bevorderen. Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van de bestaande kennisactoren, in plaats van het bouwen van een nieuwe structuur. Op te zetten kennisnetwerken moeten een lerende netwerken zijn: leren van elkaar, van andere regio's en van het landelijke netwerk. Inrichting van zogenaamde ‘Communities of Practice op het gebied van preventie’ lijkt in dit kader effectief, bijvoorbeeld om best practices te delen, intervisie te faciliteren en interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Dergelijke regionale kennisnetwerken bestaan momenteel slechts in enkele regio's, bijvoorbeeld rondom specifieke thema's (de Gezonde School) en vaak (tijdelijk) ondersteund door een onderzoekssubsidie. Wel zijn er op veel plaatsen regionale samenwerkingsverbanden ontstaan tussen gemeentes, zorg en welzijnspartijen die de preventiepraktijk willen verbeteren. Voorbeelden zijn Groen, Gezond en In beweging Nijmegen [RU, HAN, Radboudumc, gemeente, GGD]. Zij zouden aan de basis kunnen staan van die kennisnetwerken.

Conclusie met betrekking tot beschikbare kennisinfrastructuur

Er is in Nederland geen regionale regie ten aanzien van het vormgeven en onderhouden van een kennisinfrastructuur rondom preventie. Academische Werkplaatsen zijn, in potentie, belangrijke ankers voor het versterken van de activiteiten rondom regionale kennistransfer, maar in de praktijk dragen ze in hun huidige vorm onvoldoende bij aan kennistransfer en fungeren ze onvoldoende als kenniswerkplaatsen.

Kennisinfrastructuur voor implementatie in de praktijk en beleid

Implementatie van kennis op regionaal niveau

Wie voert de implementatie van kennis in de praktijk en beleid uit op regionaal niveau? De partijen die op regionaal niveau preventie uitvoeren zijn vooral de actoren in de publieke gezondheidszorg (GGD'en, gemeenten, Academische Werkplaatsen) en professionals van relevante beroepsgroepen in de curatieve zorg (huisartsen, medische specialismen, diëtisten, leefstijlcoaches) en de brede range aan actoren die intersectoraal beleid uitvoeren (scholen/schoolstichtingen, werkgevers en ambtenaren van gemeenten) (zie sectie 2).

Gemeenten zetten zich in toenemende mate in om de toeleiding en begeleiding naar sport-, en beweegaanbod te versterken. Vaak worden daartoe gemeentelijke organisaties van Buursportcoaches en/of Combinatiefunctionarissen ingericht. Deze organisaties spelen een belangrijke ondersteunende rol bij het bedenken, organiseren en uitvoeren van activiteiten. Hierbij wordt samengewerkt met uiteenlopende maatschappelijke organisaties, zoals scholen, sportverenigingen, cultuuraanbieders, buurtorganisaties en zorginstellingen.

Enkele beroepsgroepen hebben een relatief sterke regionale binding (bijvoorbeeld huisartsen in zorggroepen), terwijl het voor andere groepen (zoals leefstijlcoaches) veelal ontbreekt aan regionale bundeling van kennis en implementatiekracht.

Regie kenniscyclus

Wie heeft de regie over deze fase van de kenniscyclus? In lijn met de regievraagstukken op landelijk niveau (zie sectie 3.1), zijn er beperkingen ten aanzien van de regionale implementatie van kennis. We benoemen er een paar:

De GGD heeft (vooral op het gebied van universele en selectieve preventie) een regionale regierol. Echter, deze regie is in de regionale praktijk nauwelijks merkbaar, om een aantal redenen:

- Het inhoudelijke werkgebied van preventie is te breed om een volledig overzicht (als belangrijke voorwaarde voor regie) te krijgen van activiteiten binnen de volledige Preventiepiramide.
- Relevante actoren voor preventie zijn vaak werkzaam buiten de gezondheidssector (lokale retail, urban planners, werkgevers). Een integrale preventieaanpak vereist voortdurende aandacht om dergelijke partijen geïnteresseerd te houden voor preventie en ze aan te blijven spreken op hun taken en verantwoordelijkheden rondom preventie. Op projectbasis lukt het soms goed, maar het duurzame karakter van dergelijke projecten ontbreekt.
- Er wordt binnen de GGD niet de nodige tijd en menskracht vrijgemaakt om lokale implementatie van kennis optimaal vorm te geven. Het opzetten en onderhouden van duurzame regionale governance structuren vindt suboptimaal plaats.
- Elke GGD werkt zelfstandig en kan verschillende verantwoordelijkheden hebben, afhankelijk van de regio.
- Er is geen instantie die toeziet of landelijk beleid goed regionaal geïmplementeerd wordt, daarnaast wordt er ook niet geaggregeerd teruggekoppeld vanuit lokaal naar nationaal niveau.

De definitie en afbakening van 'regio' verschilt aanzienlijk tussen verschillende actoren en preventieve interventies. Waar sommige activiteiten een provinciale focus hebben (bijvoorbeeld Limburg Positief Gezond), worden andere activiteiten gemeentelijk ingestoken, op het niveau van adherentiegebieden van ziekenhuizen of op het niveau van schoolstichtingen. Hierdoor ontstaat soms overlap tussen regionale definities (bijvoorbeeld over provinciegrenzen heen). Belangrijker nog: het leidt ook tot 'witte vlekken': gebieden die nauwelijks worden bereikt met regionale interventies.

Conclusie: beschikbare kennisinfrastructuur

Er lijken zich, wat betreft feitelijke implementatie van kennis op regionaal niveau, twee kernproblemen voor te doen:

1. De regionale regie op de implementatie is versnipperd, zowel op geografisch niveau (wat is 'de regio') als op inhoudelijk niveau (overzicht en regie over de volledige preventiepiramide).
2. Preventie is een kwestie van lange adem, maar lokale capaciteit om activiteiten en integrale (of 'systemische') governance-structuren duurzaam in te bedden, ontbreekt.



Colofon

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

Redactie

Wetenschappelijke NFU-commissie Preventie

prof. dr. K. (Karien) Stronks, Amsterdam UMC, voorzitter
prof. dr. A. (Lex) Burdorf, Erasmus MC
prof. dr. J.C. (Jessica) Kiefte-de Jonge, LUMC
dr. L.A. (Laura) van der Velde, LUMC
prof. dr. S. (Stef) Kremers, MUMC+
prof. dr. W.J.J. (Pim) Assendelft, Radboudumc
prof. dr. J.O. (Jochen) Mierau, UMCG
dr. L.L. (Lilian) Peters, UMCG
prof. dr. N.J. (Niek) de Wit, UMC Utrecht
drs. G.L. (Lilian) van der Ven, UMC Utrecht
dr. D.B. (Dov) Ballak, NFU

De NFU paper Preventie is tot stand gekomen op verzoek van de Dedicated Group Preventie van de NFU:

dr. B.E. (Bertine) Lahuis, Radboudumc, voorzitter NFU
dr. H.J.M.M. (Helen) Mertens, MUMC+
drs. G.H. (Gabriel) Zwart RC MAC, MUMC+
prof. dr. A.W. (Arno) Hoes, UMC Utrecht
P.F.I.M. (Paulina) Snijders, UMCG
prof. dr. K. (Karien) Stronks, Amsterdam UMC

Eindredactie

Anouk Middelkamp

nfu@nfu.nl

www.nfu.nl

Vormgeving

Terralemon, Amsterdam

April 2024

NFU - 24.00410