

P3 KENNIS NL AGENDA

1. Inleiding

P3NL is een federatie van elf wetenschappelijke- en beroepsverenigingen. Deze verenigingen brengen hbo- en wo-opgeleide professionals samen die werkzaam zijn in de psychologische en pedagogische zorg. Gezamenlijk hebben de verenigingen de ambitie en verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een mentaal gezonde samenleving.

Terugblik en gebruik kennisagenda 2020

In 2020 zijn 10 belangrijke kennishiaten in de geestelijke gezondheidszorg vastgelegd in de [Kennisagenda P3NL](#). Professionals, onderzoekers en cliëntvertegenwoordigers uit het psychologische en pedagogische veld hebben zich gezamenlijk ingezet voor de totstandkoming van deze kennisagenda. Begin 2018 heeft het onderzoeksprogramma ggz van ZonMw aangegeven behoefte te hebben aan kennishiaten die door verschillende relevante beroepsgroepen worden gesignaleerd. Om die reden heeft P3NL gewerkt aan een kennisagenda die aansluit bij het deskundigheidsgebied van de leden van alle verenigingen die onder de paraplu van P3NL vallen. In [deze rapportage](#) is meer te lezen over de werkwijze en totstandkoming in 2020 van de Kennisagenda P3NL.

De vigerende kennisagenda kan door subsidiegevers worden gebruikt om subsidieprogramma's te formuleren en middelen voor onderzoek te prioriteren. Daarnaast kan de agenda dienen als basis voor het opstellen van onderzoeksvorstellen door verschillende leden binnen lidverenigingen. Vanaf 2020 heeft P3NL als doel gehad om de subsidiekalender regelmatig te monitoren en belangrijke oproepen onder de aandacht te brengen van lidverenigingen en onderzoekers. Relevant onderzoek is gepresenteerd aan de verenigingen, waardoor zorgverleners deze kennis konden gebruiken om de zorg te verbeteren. [Lees hier](#) meer over wetenschappelijke onderzoeken van de afgelopen jaren naar de onderwerpen uit de kennisagenda.

Aanleiding herijken kennisagenda

Bij het uitbrengen van de Kennisagenda P3NL heeft de toenmalige stuurgroep geadviseerd om de agenda na 3 jaar te evalueren en te beoordelen of deze nog actueel is. Om die reden is een projectgroep gevormd bestaande uit leden die zijn afgevaardigd vanuit de bij P3NL aangesloten verenigingen. De projectgroep is als volgt samengesteld:

- Jeanine Baartmans (NVO) - voorzitter
- Caitlin Dekkers (P3NL)
- Susan van Hooren (FVB)
- Mieke Ketelaars (VGCT)
- Leonieke Kranenburg (VEN)
- Tessa Magnée (LV POH-GGZ)
- Nadia van der Spek (NVRG)
- Wiebren Markus (VEN)
- Rudolf Ponds (NIP)
- Marnix de Romph (P3NL)

Het uitgangspunt van de projectgroep bij de herijking is geweest om kennishiaten te laten staan wanneer deze nog niet zijn opgelost en nieuwe kennishiaten met een hogere mate van urgentie toe te voegen. Het resultaat daarvan is de herijkte kennisagenda P3NL 2024.

Relevantie nieuwe kennisagenda

Bij de totstandkoming van de Kennisagenda P3NL in 2020 is een zeer brede uitvraag gedaan. Sommige vragen zijn tijdloos en voor andere kennishiaten is nog onvoldoende tijd geweest om de vraag te beantwoorden. Het is daarom van belang om de kennishiaten uit de kennisagenda van 2020 te behouden.

Desondanks is er in de afgelopen jaren veel veranderd in de zorg en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Er is sprake van een de stijgende druk op de zorg als gevolg van een toenemende vraag in combinatie met een krapte op de arbeidsmarkt, en een grote behoefte aan meer passende zorg. Door de invoering van nieuw beleid zijn er nieuwe akkoorden en hervormingsagenda's opgesteld, waaronder het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de Hervormingsagenda Jeugd. Deze nieuwe beleidsinitiatieven leiden tot nieuwe vragen voor onderzoek. Op basis hiervan kan er een actualiseringsstag in de kennisagenda worden gemaakt.

Werkwijze, opbouw en gebruik van de kennisagenda

In het najaar van 2023 is de projectgroep voor de eerste keer bijeengekomen om te bespreken of en op welke manier de kennisagenda geactualiseerd dient te worden. Tijdens deze startbijeenkomst heeft de projectgroep besloten om de kennisagenda uit 2020 in stand te houden en ter actualisering een document toe te voegen met hedendaagse kennishiaten. De eerste stap in deze actualiseringsstag was het inventariseren van kennishiaten die momenteel aandacht verdienen. Hiertoe hebben de leden van de projectgroep hun achterban (lees: o.a. wetenschapscommissies van specifieke beroepsverenigingen vallend onder P3NL) geconsulteerd. Binnen deze wetenschapscommissies is de vraag neergelegd welke kennishiaten er ontbreken in de kennisagenda van 2020 en welke onderwerpen er toegevoegd zouden kunnen worden aan de bestaande kennisagenda. Dit resulteerde in een lijst met onderwerpen die aan de kennisagenda toegevoegd zouden kunnen worden. Tegelijkertijd werd vastgesteld dat nog niet alle vragen uit de bestaande kennisagenda beantwoord zijn, waardoor deze behouden moeten blijven. Alle kennishiaten uit de Kennisagenda P3NL uit 2020 kunnen gekoppeld worden aan de thema's in deze geactualiseerde versie van de kennisagenda.

Tijdens de eerste consultatieronde is geconstateerd dat de kennishiaten uit de eerdere kennisagenda niet allemaal op een gelijk abstractieniveau zitten. Bij de herijking van de kennisagenda is ervoor gekozen om de kennishiaten wel op een gelijk abstractieniveau te houden door vijf concretiseringsthema's te formuleren. Bij de raadpleging van de achterbannen zijn onderwerpen verzameld die zouden kunnen worden toegevoegd aan de bestaande kennisagenda. Deze lijst van onderwerpen is geclusterd, waarna de vijf concretiseringsthema's zijn geformuleerd door de projectgroep. Elk thema wordt kort toegelicht en bevat een aantal voorbeeldvragen voor onderzoek. De voorbeeldvragen zijn deels afkomstig uit de achterbannen en deels geformuleerd door de projectgroep nadat de verschillende thema's zijn geformuleerd. De vragen dienen slechts als voorbeeld. Het is ook mogelijk om een andere onderzoeksvraag te formuleren die onder één van de thema's valt. De kennishiaten uit de kennisagenda van 2020 zijn ook onderverdeeld volgens deze thematische indeling. Sommige kennishiaten zijn letterlijk overgenomen in de voorbeeldvragen en andere komen terug als thema in de herijkte kennisagenda.

Dit proces zorgt ervoor dat de kennisagenda een gestructureerde en actuele leidraad blijft voor toekomstig onderzoek.

2. Thema's

Vooraf vier opmerkingen voor een beter begrip van de herijkte kennisagenda van P3NL:

- NB 1: De thema's zijn weergegeven in willekeurige volgorde en niet gerangschikt op prioriteit.
- NB 2: De geformuleerde vragen bij ieder thema zijn slechts voorbeelden. Dit zijn niet per definitie de onderzoeksvragen die geagendeerd zijn met de hoogste prioriteit. De voorbeelden hebben vooral als doel om de diversiteit van de mogelijke onderzoeksvragen weer te geven.
- NB 3: Overal waar cliënt staat genoemd kan ook patiënt, cliëntsysteem of hulpvragers worden gelezen.
- NB 4: De kennishiaten uit de eerdere kennisagenda zijn ook verwerkt in deze thema's. Hierover staat meer toegelicht in het deelhoofdstuk 'Koppeling van de vragen uit de 2020 kennisagenda aan de vijf thema's' onderaan dit hoofdstuk.

Thema: Comorbiditeit

Comorbiditeit binnen de ggz vormt een complex en veelvoorkomend probleem, dat de sensitiviteit en specificiteit van screening en diagnostiek en de effectiviteit van behandelingen aanzienlijk kan beïnvloeden. Richtlijnen en zorgstandaarden zijn vaak primair gericht op de screening, diagnostiek en behandeling van één specifieke groep stoornissen of één probleemgebied, terwijl cliënten in de praktijk vaak meerdere en verschillende soorten psychische problemen hebben. Bij veel psychische problemen speelt bovendien ook systeemproblematiek een rol.

Screenings- en diagnostische instrumenten houden over het algemeen geen rekening met vertekeningen van scores door comorbide stoornissen. Bovendien is er beperkte evidentie over de meest effectieve manier om deze comorbiditeit aan te pakken, met name wat betreft de beste volgorde van behandelingen, de generaliseerbaarheid van behandelmethoden en de (kosten)effectiviteit van deze benaderingen. Het gevaar bestaat dat hierdoor zowel onder- als overdiagnostiek als onder- en overbehandeling kan plaatsvinden. Ook is nog weinig bekend over hoe verschillende behandelingen het best in samenhang kunnen worden ingezet en wat er moet gebeuren als een ingezette behandeling onvoldoende aanslaat.

Comorbiditeit en volgorde van behandeling speelt niet alleen in de ggz in engere zin, maar ook in andere domeinen. Denk hierbij aan het sociaal domein en de somatische gezondheidszorg. Binnen dit kader zijn er verschillende onderzoeksvragen die de screening, diagnostiek en behandeling van comorbiditeit en volgorde van behandeling kunnen verbeteren. Denk bijvoorbeeld aan:

- Hoe kunnen bestaande screenings- of diagnostische instrumenten (bijv. qua normgroepen, scoring of aanvullende of aangepaste items) of behandelingen worden aangepast zodat meer rekening gehouden kan worden met veelvoorkomende comorbiditeit?
Denk hierbij aan een verstandelijke beperking, ontwikkelingsstoornissen, psychotrauma, verslaving, of systeemproblematiek?
- Wat is de klinische meerwaarde en kosteneffectiviteit van een (*stand alone* of voorafgaande) traumasensitieve of systeemtherapeutische behandeling van stoornissen in vergelijking met bestaande stoornisspecifieke behandelingen?
Denk hierbij aan depressies, psychoses, of persoonlijkheidsstoornissen.

- Welke interventies kunnen in welke fase al in het maatschappelijk en sociaal domein ingezet worden bij mensen met meervoudige problematiek?
- Hoe goed werken nieuwe methodieken van intake, diagnostiek en triëren bij meervoudige problematiek?
- Is het zinvol om bij comorbiditeit juist interventies gericht op transdiagnostische problematiek in te zetten en wat zijn effecten hiervan?
- Kunnen interventies voor (terugval)preventie effectief zijn in het voorkomen van de ontwikkeling van nieuwe (comorbide) stoornissen?

Thema: Klachtenvermindering en herstelgericht werken

Bij diagnostiek en behandeling kan het een uitdaging zijn om te bepalen wat een realistisch doel van het traject is. Vaak is zorg in de eerste instantie gericht op volledige remissie van het onderliggende probleem. In andere gevallen is dat niet realistisch en is het doel om cliënten te leren omgaan met het onderliggende probleem, waardoor het alledaags functioneren verbetert. Er is dan geen sprake van volledig functioneel herstel maar mogelijk wel van persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel.

De scheidingslijn tussen wanneer het raadzaam is om de behandeling waar mogelijk te richten op verbetering van de kwaliteit van leven en persoonlijk, sociaal en maatschappelijk herstel in plaats van klachtenreductie is niet altijd duidelijk voor cliënten en ook niet voor zorgverleners. Voorbeelden van onderzoeksvragen zijn:

- Wanneer kan er van behandelresistentie worden gesproken en kan dat worden vastgesteld?
- Wat kan er verwacht worden aan herstel bij specifieke doelgroepen en wanneer moet er gekozen worden voor ondersteuning en begeleiding in plaats van behandeling?
- Hoe kan een brede systemische aanpak (naasten, gezin, school, sociale omgeving) bijdragen aan herstel?
- In hoeverre kan toevoeging van een vaktherapeutische aanbod waarbij het accent sterk ligt op ervaren en oefenen van nieuw gedrag ondersteunend zijn bij onvolledig herstel na reguliere psychologische behandeling?
- Wat is er voor nodig om in samenspraak met de cliënt heldere behandeldoelen te stellen en dus vraaggestuurd te werken?

Thema: Wat werkt voor wie?

Protocollair en gepersonaliseerd werken worden vaak gezien als twee uitersten. Bij protocollair werken staat gestructureerd werken volgens een vast format centraal. Het voordeel van een dergelijke aanpak is dat het onderzocht is op effectiviteit en voorkomt dat psychologische en pedagogische professionals psychisch hulpverleners onnodig afwijken van de behandeling (*therapist drift*). Bij gepersonaliseerd werken staat juist maatwerk centraal, waarbij een behandeling wordt aangepast aan de specifieke behoeften en eigenschappen van een cliënt.

In de praktijk blijkt dat de meeste psychisch hulpverleners zich niet volledig aan protocollen houden, juist omdat deze niet aansluiten bij cliëntfactoren. Om te voorkomen dat een behandeling inboet aan effectiviteit is er behoefte aan onderzoek gericht op het aanpassen van protocollen aan specifieke cliëntfactoren, waaronder bijvoorbeeld gender, culturele achtergrond, comorbide problematiek, een bijkomende verstandelijke beperking of een veranderende hulpvraag.

Meer inzicht in wat effectieve behandelelementen zijn voor welke doelgroep en ook over hoe goed professionals in staat zijn om effectieve keuzes te maken voor het inzetten van behandelelementen is hierbij van belang. Binnen dit kader zijn er verschillende onderzoeksvragen denkbaar zowel gericht op diagnostiek als behandeling:

- Hoe kunnen interventies voor preventie en terugvalpreventie voor specifieke doelgroepen worden verbeterd?
- Op welke wijze en in welke mate wijken psychisch hulpverleners af van protocollen en hoe beïnvloedt dat de werkzaamheid van de behandeling?
- Op welke wijze spelen sekse en gender een rol in de uitingsvorm van stoornissen en hoe kunnen bestaande screenings- of diagnostische instrumenten of behandelingen hierop worden aangepast?
- Wat is de effectiviteit van specifieke behandelelementen in het algemeen en voor onderbelichte doelgroepen in het bijzonder?
Denk hierbij ook aan vaktherapie en systemische elementen.
- Voor welke doelgroepen zijn kortdurende/simpele interventies (kosten)effectief als vervanging voor reguliere behandelingen? Denk hierbij aan *one session interventions*.

Thema: Matched care

Matched care is het principe dat een (ggz-)behandeling en de intensiteit daarvan zo goed mogelijk aansluit op de hulpvraag, de ernst van de problematiek en de persoons- en systemische kenmerken van een cliënt. Cliënten met lichtere psychische klachten kunnen veelal worden begeleid in de eerstelijnszorg. Cliënten met zwaardere of complexere problematiek worden vaker behandeld in de gespecialiseerde ggz. Begeleiding in de eerstelijnszorg heeft voordelen voor de cliënt, zoals toegankelijkheid en minder stigma. Tegelijkertijd hebben cliënten recht op gespecialiseerde zorg als hun hulpvraag daarom vraagt. Het thema 'matched care' heeft tevens raakvlakken met het thema 'Wat werkt voor wie'.

In de praktijk is het onderscheid tussen lichte en zware psychische problematiek niet altijd even eenvoudig te maken, en is dus niet altijd direct duidelijk in welke setting een cliënt het beste past. Daarnaast is het niet altijd duidelijk hoe effectief interventies zijn in verschillende settings variërend van de eerstelijnszorg tot de zeer specialistische zorg en domeinen buiten de zorg.

Meer onderzoek op dit gebied zou kunnen helpen met het maken van beter onderbouwde keuzes rondom *matched care* en passende zorg. Een belangrijk bijkomend doel hiervan is dat er voorkomen zou kunnen worden dat cliënten waarvoor duidelijk is dat laagdrempelige zorg onvoldoende toereikend is sneller kunnen doorstromen naar specialistische zorg om onnodige opstapeling van zorg, herhaalde intakes, en verlenging van wachtlijsten te voorkomen. Er zijn verschillende onderzoeksvragen denkbaar rondom *matched care*:

- Hoe werkzaam zijn bewezen effectieve interventies als die door non-specialisten/generalisten worden uitgevoerd?
- Hoe maken professionals samen met cliënten goed onderbouwde keuzes rondom verwijzing, en of al dan niet behandeling in de ggz of misschien ondersteuning in een ander domein moet plaatsvinden?
- Op welke manier spelen cliënt eigenschappen (bijv. sekse, gender, culturele achtergrond, etc.) een rol bij keuzes rondom verwijzing en *matched care*?
- In hoeverre draagt het huidige ingezette IZA-beleid bij aan effectieve *matched care*?

- Welke preventieve interventies kunnen effectief ingezet worden voor het behandelen van psychische klachten?
- Welke interventies voor (terugval)preventie moeten wanneer aangeboden worden binnen de zorgketen?

Thema: Specifieke elementen van behandeling

Optimale behandeling voor psychische problemen omvat vaak een combinatie van verschillende elementen, afgestemd op de specifieke behoeften en kenmerken van de cliënt en diens context. Een werkzaam element is een zichtbaar element, onderdeel of kenmerk dat op een bepaalde manier door de therapeut in de interventie wordt toegepast en kan leiden tot een bepaald effect. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan exposure, EMDR-therapie, vaktherapeutische interventies als muziektherapie binnen een behandeling, het aanvullend op een behandeling betrekken van de sociale omgeving of het inzetten van ondersteunende behandeltechnologieën, waaronder *e-mental health* toepassingen. Deze elementen kunnen afzonderlijk en in synergie een wezenlijke bijdrage leveren aan positieve uitkomsten.

Meer zicht in de bijdrage van de elementen op de uitkomsten kunnen helpen bij het verder optimaliseren van behandelingen en daarmee het realiseren van vermindering van klachten en grotere kans op herstel. Denk hierbij aan onderzoeksvragen als:

- Wat zijn werkzame elementen binnen vaktherapeutische behandelingen en hoe dragen deze elementen bij aan gevonden effecten?
- Wat zijn werkzame elementen van systemisch interveniëren binnen behandeling aan kinderen en jongeren?
- Hoe kan de sociale omgeving, zoals werk, onderwijs, buurtwerk, en naastbetrokkenen, optimaal in diagnostiek en behandelingen worden benut?
- Zal exposure gebaseerd op inhibitorisch leren binnen een angstinterventie leiden tot meer afname van angst in vergelijking met een interventie waarin dit niet aan de orde is?

Koppeling van de vragen uit de 2020 kennisagenda aan de vijf thema's

De vragen die centraal staan in de 2020 kennisagenda kunnen allemaal worden gerelateerd aan bovenstaande thema's. Zo sluit de vraag 'Wat is de effectiviteit van het toevoegen van behandeling gericht op slaap bij standaard psychologisch of somatische behandeling?' aan op het thema *Comorbiditeit* en sluit de vraag 'Wat zijn de korte- en langetermijn bijwerkingen van psychotherapie?' aan op het thema *Klachtenvermindering en herstelgericht werken*. De vragen 'Wat is een effectieve behandeling voor dissociatieve klachten en/of dissociatieve stoornis?', 'Op welke wijze kunnen we interventies aanpassen voor cliënten met een LVB en/of ASS zodanig dat ze effectief zijn?', en 'Welke behandeling werkt voor wie?' sluiten aan bij het thema *Wat werkt voor wie?*. De vragen 'Is kortdurend intensieve behandeling (kosten-) effectief vergeleken met reguliere behandeling?', 'Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen wanneer deze door zorgprofessionals in het onderwijs, wijkteams, CJG, of POH-GGZ wordt uitgevoerd?', en 'Wat is de (kosten-)effectiviteit van de POH-GGZ?' sluiten aan bij het thema *Matched care*. De vragen 'Wat zijn werkzame elementen van behandeling?' en 'Op welke wijze kunnen we E-health beter implementeren bij diverse doelgroepen?' sluiten aan op het thema *Specifieke elementen van behandeling*.

3. Implementatie

Deze kennisagenda is bedoeld als input voor wetenschappelijk onderzoek om de zorg in de ggz op een systematische en onderbouwde wijze te verbeteren. Gezien de vele verschillende professionals die werkzaam zijn in de ggz is een gedeelde samenwerking op kennisthema's van belang. Bij P3NL zijn elf verenigingen aangesloten die samen een grote groep professionals binnen de ggz vertegenwoordigen. Tegelijkertijd heeft P3NL zelf als overkoepelende federatie een beperkte rol in de uitvoering van de kennisagenda. In dit hoofdstuk beschrijven we de wijze waarop P3NL kan bijdragen aan implementatie.

Opzetten en uitvoeren van onderzoek

Voor het oplossen van de kennishiaten uit de kennisagenda is gedegen onderzoek noodzakelijk. Gezien de overkoepelende structuur van P3NL ligt de uitvoering van dit onderzoek vooral bij onderzoekers in samenwerking met het veld. De verschillende lidverenigingen kunnen hierin een rol spelen door onderzoeksthema's aan te dragen en zorg te dragen voor implementatie van de resultaten.

Voor P3NL is vooral een aanjagersrol weggelegd. Zo kan P3NL de subsidiekalender beïnvloeden, zodat de kennishiaten aan bod komen en structureel monitoren of de P3NL kennisagenda voldoende aan bod komt. Ook kan P3NL relevante calls onder de aandacht brengen bij de verschillende lidverenigingen en bij onderzoekers. In een eerste inventarisatie zien we vooral kansen bij de volgende reguliere subsidies van de ZonMw programma's:

- Doelmatigheids Onderzoek (gericht op kosteneffectiviteit van behandelwijzen) en Geestelijke gezondheid (gericht op innovatieve praktijken in de ggz). Meer specifiek kunnen ook de ZonMw programma's Gehandicapten en Chronisch Zieken (voor hiaten gericht op cliënten met een beperking) en Jeugd (voor kennislacunes gericht op of van toepassing op jeugd) relevant zijn. Daarnaast zijn ook andere subsidiebronnen, waaronder het landelijke Programma Zorgevaluatie, wellicht interessant.
- De subsidieprogramma's: 'Onderzoeksprogramma ggz', 'Passende zorg' 'Preventieprogramma' en 'Kwaliteitsgelden voor kwaliteitsbeleid- en standaarden'

P3NL kan daarnaast fungeren als bemiddelingspartner tussen onderzoekers die aangesloten zijn bij de verschillende lidverenigingen van P3NL. Juist een meer overkoepelende samenwerking biedt kansen voor het oplossen van de kennishiaten van de kennisagenda. Zo is bijvoorbeeld bij de vraag 'Hoe werkzaam zijn effectief bewezen interventies bij kinderen als je die laat uitvoeren door zorgprofessionals in onderwijs, wijkteams, CJG, POH-ggz?' een samenwerking denkbaar tussen de NVO, het NIP, de LV POH-GGZ en de VKJP.

Naast samenwerking tussen onderzoekers met een verschillende achtergrond is het echter ook wenselijk om consortia uit te breiden met professionals uit het werkveld en cliënten- en naastenvertegenwoordigers. Een diverse achtergrond geeft een grotere kans op implementatie van resultaten in de praktijk.

Implementatie in de klinische praktijk

Om de onderzoeksresultaten vervolgens daadwerkelijk hun weg te laten vinden naar de praktijk is meer nodig dan onderzoek alleen. Via de verschillende lidverenigingen kan P3NL een rol spelen in de disseminatie en implementatie van onderzoeksresultaten. Daarnaast dient er aandacht te zijn voor het opnemen van onderzoeksresultaten in richtlijnen, zorgstandaarden en

generieke modules. Dit kan door de afzonderlijke lidverenigingen worden opgepakt, maar ook via P3NL verlopen.

Evaluatie kennisagenda

Tot slot geldt uiteraard dat de kennisagenda een beperkte geldigheid heeft: de onderzoekshiaten zijn een representatie van de huidige tijdsgeest. Het is dan ook van belang dat de kennisagenda op termijn wordt geëvalueerd. Het advies is om de kennisagenda over 3 jaar te evalueren. Op dat moment zal opnieuw moeten worden beoordeeld of de kennisagenda nog actueel is. Het uitgangspunt daarbij is om kennishiaten op de kennisagenda te laten staan wanneer deze nog niet zijn opgelost. Tegelijkertijd kunnen nieuwe kennishiaten aan het licht komen die een hogere mate van urgentie hebben. Wanneer zich dit voordoet kan dit aanleiding zijn om toevoegingen te doen. De verantwoordelijkheid voor het organiseren van de kennisagenda ligt bij P3NL.

Plan van aanpak

Samenvattend zullen de volgende zaken worden opgepakt:

- De kennisagenda wordt onder de aandacht gebracht van subsidiegevers als ZonMw;
- De kennisagenda wordt verspreid onder alle lidverenigingen en cliëntenverenigingen zoals MIND;
- De kennisagenda wordt voorzien van een communicatieplan met een op maat geschreven boodschap voor verschillende stakeholders;
- P3NL beïnvloedt en monitort de subsidieagenda en brengt relevante calls onder de aandacht bij de verschillende lidverenigingen;
- P3NL fungeert als bemiddelingspartner tussen lidverenigingen bij nieuw op te zetten consortia en netwerken;
- P3NL draagt zorg voor disseminatie van relevante onderzoeksresultaten onder alle lidverenigingen;
- P3NL organiseert een wetenschappelijk onderdeel in de jaarlijkse P3NL-middag gelieerd aan de kennisagenda;
- P3NL neemt in adviezen over zorgstandaarden en generieke modules nieuwe onderzoeksresultaten mee.