3

Implementeren door kennismanagement: theorie en praktijk

Nicolet Theunissen, Roland Friele en Jolanda Keijsers

Optimale gezondheidszorg vergt een praktijk die zichzelf voortdurend vernieuwt op basis van nieuwe inzichten, nieuwe kennis. Kwaliteit in de zorg heeft alles te maken met een praktijk die op de hoogte is van bruikbare kennis en deze kennis daadwerkelijk toepast. Het is daarom belangrijk te bekijken waar in de implementatiepraktijk bruikbare kennis vandaan komt. Wat is bruikbare kennis en hoe verspreidt deze zich onder betrokkenen? Voor het beantwoorden van die vragen kan inspiratie worden opgedaan uit de kennismanagementliteratuur. Helaas wordt onder de vlag van 'kennismanagement' van alles geschaard, van 'lerende organisaties' tot en met elektronische kennisdatabases.[1,2] Hierdoor dreigt de term ten onrechte te worden afgedaan als modisch en een lege huls. Kennismanagement kan echter wel degelijk bruikbare inzichten leveren over kennis en kennisverspreiding. Dit hoofdstuk beschrijft een exploratie van het tweerichtingsverkeer tussen wetenschap en praktijk aan de hand van kennismanagementliteratuur. Deze exploratie resulteert in een drietal assumpties over de manier waarop de 'professional' in de zorg gebruik maakt en kan maken van kennis. Om na te gaan in hoeverre deze aannames stroken met de dagelijkse praktijk, zijn negen mensen uit die dagelijkse preventie en zorgpraktijk geïnterviewd. De geïnterviewden zijn vooraf niet op de hoogte gesteld van de drie assumpties die in dit stuk zijn uitgewerkt. Vier van de geïnterviewden kunnen worden beschouwd als zogeheten 'kenniszoekende professionals', eindgebruikers van de kennis. Vijf personen zijn geïnterviewd wegens hun ervaring met het doorgeven van kennis, de zogenoemde 'kennisintermediairen'.[i] De uitspraken van deze negen geïnterviewden illustreren de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.

Wat is kennismanagement?

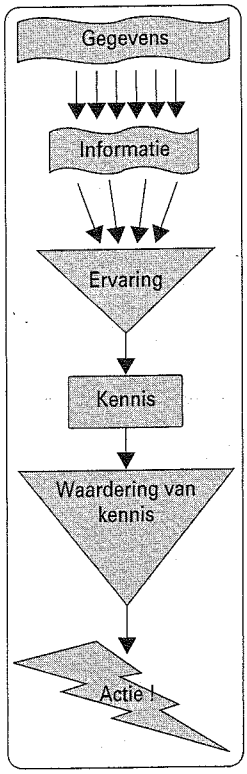
Theorie-ontwikkeling over kennismanagement staat nog in de kinderschoenen. Desondanks zijn er interessante concepten en processen beschreven die van nut kunnen zijn bij implementatie. Ter introductie volgt hiervan een korte schets. Duivenboden et.al.(1999) vat het als volgt samen: *'in hoofdlijnen heeft kennismanagement steeds betrekking op het* ***managen van de productiefactor kennis****, waarbij getracht wordt het rendement te optimaliseren door het organiseren van processen van kennisdeling, het bevorderen van een open samenwerkingscultuur en het leveren van de infrastructuur en het instrumentarium om deze processen en cultuur te faciliteren'.*[3]
Onderzoek en ervaring op het terrein van kennismanagement richt zich niet alleen op het genereren en in kaart brengen van kennis, maar ook op het vinden van strategieën voor het beter vastleggen en verspreiden van kennis. De link met implementatie moge duidelijk zijn.

De Long & Seemann inventariseerden gehanteerde definities van kennismanagement en onderscheidden daarin vijf perspectieven.[4] Een zesde perspectief werd gevonden in Bertrams.[1]

1 Strategie/leiderschapperspectief: hoe kan kennis strategische doelen bevorderen? Dit is voor de instelling cruciale kennis, de kennis die de basis vormt voor het concurrentievoordeel van de organisatie. Dit kan vakkennis, marktkennis, klantkennis en bedrijfskennis zijn.[1,4]
2 Kennisinhoud/praktijkperspectief: welke kennis moet er worden 'gemanaged'? Deze keuze is contextafhankelijk[4] en hangt samen met wat de instelling ziet als cruciale kennis.[1] Daarnaast is de keuze afhankelijk van het ontwikkelingsstadium waarin een organisatie zich bevindt: hoe groter de organisatie, des te meer behoefte aan documenteren en formaliseren van kennis.[5]
3 Technologieperspectief: hoe kunnen informatie- en communicatietechnologieën worden ingezet voor het vastleggen en verspreiden van kennis (bv. databases, intranet en internet)?[4]
4 Veranderingsmanagement/herontwerpperspectief: welke verandering is voor kennisvergroting nodig in organisatie en cultuur? [4]
5 Cultuurperspectief: hoe kan kennismanagement aansluiten bij de bestaande bedrijfscultuur,[6] hoe ongrijpbaar[4] en hardnekkig[7] die ook is?

6 Persoonlijk talent perspectief ('human talent development'): wat is de rol van kennis als persoonlijke bekwaamheid? Hieronder zou ook de term 'de lerende professional' kunnen vallen.[1]

De perspectieven op kennismanagement kunnen botsen binnen een organisatie. Zo kan er veel geld worden ingezet op een elektronische database om in een groot bedrijf kennisdeling te vereenvoudigen, terwijl de beoogde gebruikers liever even bij een collega langsgaan om wat te vragen.[5] Uit een onderzoek bij 431 organisaties in de Verenigde Staten en Europa blijkt dat organisaties hun kennismanagementactiviteiten meestal beginnen met technologieën voor het vastleggen en delen van kennis. Pas na de invoer van dergelijke technologie lijken veel organisaties zich te realiseren dat kennismanagement om mensen gaat die iets moeten doen met kennis.[2] Zelfs als organisaties zich dat realiseren dan nog blijken in de praktijk vooral de techniek gerelateerde projecten te zijn uitgevoerd en staan de mensgerelateerde projecten (bijv. in kaart brengen van expertise) nog in de kinderschoenen.[2] In het licht van het vierde perspectief – veranderingsmanagement – is het belangrijk alle aanwezige perspectieven in kaart te brengen en op elkaar af te stemmen.[4] Er wordt ook wel gesproken van een ideale verhouding tussen mensen, processen en technologie van 50/25/25.[2]



Figuur 1. De plaats van kennis tussen gegevens en actie (bewerking van figuur 1.1, blz. 19 in[1])

In dit hoofdstuk proberen we recht te doen aan het totale perspectievenveld. Daartoe pasten we de inzichten pragmatisch toe en formuleerden drie assumpties voor de manier waarop de 'professional' in de zorg gebruik maakt en kan maken van kennis. De assumpties zijn gebaseerd op kennismanagementliteratuur. Omdat in dit vakgebied meer casuïstiek dan empirie wordt bedreven, is vanuit andere wetenschapsgebieden gezocht naar ondersteuning voor de assumpties. Deze steun is gevonden in de wetenschappelijke literatuur op het gebied van gezondheids-, organisatie-, en cyberpsychologie, bibliotheek-, informatie- en computerwe-

tenschappen, geneeskunde (o.a. telemedicine), organisatie- en management wetenschappen en de linguïstiek.

Assumptie 1: De professional in de zorg maakt gebruik van meerdere soorten kennis

De Gezondheidsraad benadrukt dat er sprake is van verschillende soorten kennis die de professional gebruikt, namelijk wetenschappelijke formele kennis en praktijkkennis.[8] Welke soorten kennis zijn er in de kennismanagementliteratuur beschreven?

Soorten kennis

Om te beginnen is het belangrijk een onderscheid te maken tussen kennis en informatie (zie figuur 1). Informatie is onbewerkt materiaal, opgeslagen gegevens (bijv. een catalogus). Gegevens zijn symbolische weergaven van feiten, hoeveelheden of grootheden. Meningen zijn ook gegevens, ze zijn op te slaan en opnieuw te gebruiken. Kennis vereist naast een goede informatiebasis tevens een bepaalde mate van ervaring en vaardigheden waardoor aan informatie waarde wordt toegekend. Informatie moet dus eerst worden bewerkt voordat er kennis uit kan worden gehaald.[1] Kennis is het product van informatie, ervaring, vaardigheid en attitude waarover iemand beschikt. Dit wordt ook wel aangeduid met de formule: K=I*EVA.[1] Zonder bewerking is kennis inert en statisch, slechts een ongeorganiseerde hoop informatie. Informatie is ongeorganiseerd, kennis heeft structuur door betekenisgeving.[9]

Vloemans, arts en beleidscoördinator VWS: "Het belangrijkste is dat je het grote aanbod aan informatie en kennis goed kunt scheiden op relevantie. Dat is een kwestie van ervaring en een gevoel dat je in jaren ontwikkelt."

De kennismanagementliteratuur noemt verschillende soorten kennis. Het is mogelijk inhoudelijke vormen te onderscheiden. Zo is de eerder genoemde formele kennis te onderscheiden van praktische kennis, is er het viertal vakkennis, marktkennis, klantkennis of bedrijfskennis[1], of

kennis op individueel en op organisatieniveau.[4] Daarnaast zijn er meer conceptuele vormen van kennis. De meest gebruikte indeling is die tussen expliciete en impliciete kennis.[1,4,5,9,10] Expliciete kennis is de kennis die te vinden is in documenten en protocollen. Deze is namelijk eenvoudiger te beschrijven en dus vast te leggen, te categoriseren, te verspreiden en over te dragen. Impliciete kennis is de kennis die mensen op basis van hun specifieke ervaring, vaardigheden en attitude toepassen in hun dagelijks werk. Impliciete kennis wordt in het Engels ook wel tacit knowledge genoemd, wat kan worden vertaald met stilzwijgende kennis. Zelfs de kennisbezitter is zich er vaak niet van bewust dat hij of zij deze impliciete kennis bezit. Dat maakt de beschrijving en verspreiding ervan extra lastig. Expliciete kennis is te associëren met feiten die toetsbaar en theoretisch helder zijn. Impliciete kennis is te associëren met persoonlijke kennis, vaardigheden en creativiteit.[5]

Wat betekent dit voor de implementatiesituatie? Zoals Meurs et al. (1998) benadrukte: een goede verspreiding van kennis is nog geen garantie voor implementatie. Kennis moet aansluiten bij de vragen en de dagelijkse praktijk van de gebruiker.[11] De wetenschap doet vooral pogingen om expliciete kennis te implementeren in de praktijk: De zogenaamde Evidence based knowledge, vervat in protocollen en richtlijnen. Maar onderzoek onder ideale (gecontroleerde) omstandigheden garandeert nog geen bruikbaarheid van die expliciete kennis in de praktijk.[11]
In de gezondheidszorgpraktijk bestaat ook behoefte aan impliciete kennis over hoe één en ander kan worden toegepast, ofwel kennis over 'good clinical practice'. Deels is deze impliciete kennis te expliciteren, bijvoorbeeld door consensus te bereiken tussen beroepsbeoefenaren. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bijvoorbeeld, maakt in die gevallen waarin de wetenschap geen kennis biedt, voor het ontwikkelen van standaarden gebruik van consensusvorming. Kennis die niet of nauwelijks is te expliciteren, behoeft andere implementatiestrategieën, zoals een 'community of practice'. Dit is een gestructureerd samenwerkingsverband van mensen met een gemeenschappelijk doel, interesse of activiteit, waarbij de deelnemers elkaar over tijd kunnen leren kennen. Dit kan vis-à-vis of via elektronische discussieforums.[12]

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Wij hebben oogartsen samen met hun ziekenhuisdirecties en zorgverzekeraars uitgenodigd om naar onze kliniek te komen en onze werkwijze te bekijken. De zeer directe vorm van kennisoverdracht die dat opleverde, heeft het mede mogelijk gemaakt dat onlangs de oogbus van start kon gaan. Een project waarbij patiënten vanuit Zeeland per bus naar onze kliniek komen, hier door hun eigen oogarts behandeld worden en vervolgens weer naar huis gaan. Doordat alle betrokkenen direct konden zien hoe het hier in zijn werk gaat, kon het voor- en natraject voor de patiënten probleemloos worden geregeld."

Betrouwbaarheid van kennis

Een belangrijk thema is het onderscheid tussen 'gevestigde kennis', 'redelijke hypotheses', en 'ongefundeerde aannames'.[13] De onderzoekswereld heeft haar eigen structuren die betrouwbaarheid van gevonden kennis moeten waarborgen (peer reviewed internationale tijdschriften, wetenschappelijke werkgroepen, betrouwbaarheid verhogende methoden en technieken). Maar zelfs betrouwbare kennis wordt niet altijd gepubliceerd.

Steenbakkers, coördinator Hartslag Limburg: "Een deel van de wetenschappelijke informatie is niet toegankelijk omdat deze nergens openbaar is gemaakt. Vooral onderzoek dat niet succesvol is, bijvoorbeeld een interventie die niet heeft opgeleverd wat er van verwacht werd, wordt niet gepubliceerd. Toch is dat nuttig informatie om te delen. Dan voorkom je dat iemand anders later hetzelfde gaat proberen."

Bovendien is het in praktijk lastig de scheiding te maken tussen echte en vermeende betrouwbaarheid van kennis. Wat in de ogen van de één een redelijke hypothese is, is in de ogen van de ander een ongefundeerde aanname.

Tukker, voormalig hoofd gezondheidsprogramma's AVRO: "Vooral bij onderwerpen die zich enigszins aan de rand van de zorg bevinden, kom je dat soms tegen. Bijvoorbeeld het gebruik van alternatieve geneeswijzen. Opvattingen daarover stoelen vaak meer op vooroordelen dan op wetenschappelijke basis."

Patiënten zoeken steeds meer op internet naar kennis over een mogelijke behandeling. De betrouwbaarheid van de gebruikte bronnen wordt bijvoorbeeld door de patiënt ingeschat op grond van de algehele deskundige uitstraling van de websites.

Verhoeven, patiënt: "Het probleem met de kennis op internet is dat er niet één centraal punt is waar je de informatie kunt vinden. Je moet flink rondneuzen voordat je de benodigde informatie bij elkaar hebt weten te scharrelen. Bovendien is het niet altijd duidelijk hoe betrouwbaar die informatie is. Als patiënt heb je behoefte aan betrouwbare informatie. Het zou prettig zijn als er een centraal portal komt dat verwijst naar betrouwbare informatie op het internet. Informatie met een soort keurmerk."

Of deze bronnen nu betrouwbaar zijn of niet, één op de vijf internetgebruikers zegt dat de gevonden internetkennis hen ertoe bracht de levensstijl te veranderen.[14] Omdat dit tot medisch onjuiste conclusies kan leiden, zijn er vele initiatieven – zowel academisch als commercieel – die leiden tot criteria om de kwaliteit van de geboden gezondheidskennis te beoordelen. Helaas blijkt uit een beleidskundige studie dat ook de betrouwbaarheid van deze criteria niet altijd eenduidig en doorzichtig zijn.[15]

Vloemans, arts en beleidscoördinator VWS: "Je merkt steeds vaker dat er allerlei organisaties informatie op hun website plaatsten waarin zij de informatie van een andere instantie, bijvoorbeeld VWS, op hun eigen manier weergeven. Dat leidt soms tot halve waarheden. Ik zie in zo'n geval liever een directe koppeling naar de

website van VWS. Daar kan de kenniszoeker de gewenste informatie tenminste uit eerste hand lezen. Als kenniszoeker moet je zoveel mogelijk naar de oorspronkelijke bron teruggaan."

Daarnaast moet de doelgroep bereid zijn de kennis als nuttig te beschouwen en niet als minder betrouwbaar dan de eigen (vaak praktische, impliciete) kennis.[10]

Verhoeven, patiënt: "Vooral patiënten met een chronische ziekte ontwikkelen een manier van omgaan met hun ziekte. Nieuwe ontwikkelingen in de medische kennis kunnen soms haaks op die manier van coping staan. Niet iedere patiënt accepteert dat even gemakkelijk. Sommige patiënten, met name zij die op zoek blijven naar genezing, accepteren nieuwe behandelingen of leefvoorschriften snel. Anderen houden liever vast aan de manier van leven die zij in de loop der jaren, en soms met veel pijn en moeite, hebben ontwikkeld. Zij zijn niet meer in voor grote veranderingen die niet aansluiten bij de huidige situatie."

Bovendien streeft niet iedereen naar het vinden van gevestigde kennis, als die er al is. Vooral wetenschappers zoeken naar gevestigde kennis. Voor beleidsmakers en hulpverleners in de zorg zijn redelijke hypotheses vaak voldoende.[13]

Vloemans, arts en beleidscoördinator VWS: "Soms moeten wij voor de minister binnen een uur bepaalde gegevens aanleveren om een Kamervraag te kunnen beantwoorden. We moeten dan terug kunnen vallen op bronnen waarvan we weten dat ze die informatie hebben en waarvan we weten dat de informatie die zij leveren voor honderd procent betrouwbaar is. Soms betekent dat simpelweg een betrouwbare website raadplegen. Is op die manier de gewenste informatie niet te vinden, dan bellen we naar instanties waarvan we denken dat zij de informatie voorhanden hebben. Dat vereist een goed netwerk van betrouwbare kennisleveranciers."

Uit een overzicht op basis van internationale wetenschappelijke publicaties tot 1992 bleek dat voor huisartsen de bij het zoeken vereiste tijd en inspanning, belangrijker zijn dan de kwaliteit van de kennisbron.[16] Een gezondheidspsychologisch onderzoek wees uit dat artsen wel vertrouwen hebben in de eigen subjectieve inschatting van een medische situatie, maar niet durven vertrouwen op de subjectieve kennis van een collega.[17]

Steenbakkers, coördinator Hartslag Limburg: "In eerste instantie is het dan niet eens zozeer de vraag hoe betrouwbaar die informatie is, maar meer of die informatie op de één of andere manier te gebruiken is voor je eigen werk."

In sommige gevallen willen mensen helemaal geen gevestigde kennis of redelijke hypotheses. Gezondheidspsychologisch onderzoek toonde aan dat patiënten in eerste instantie alles willen weten over de kans die ze hebben op bepaalde medische problemen. Maar wanneer er echt iets ernstigs blijkt te zijn, dan wordt deze kennis soms betreurd.[18]

Samenvattend is het belangrijk steeds verschillende soorten kennis te implementeren: zowel expliciete kennis (vastgelegde kennis die toetsbaar is en theoretisch helder) als impliciete kennis (niet vastgelegde kennis geassocieerd met persoonlijke kennis, vaardigheden en creativiteit). Daarbij moet in het bijzonder voor ogen worden gehouden dat de bruikbare kennis op verschillende plekken aanwezig kan zijn en niet alleen door de wetenschap wordt gegenereerd. Voorts dient implementatie rekening te houden met de behoefte van doelgroepen aan de mate van betrouwbaarheid van kennis. Er kan behoefte zijn aan wetenschappelijk gefundeerde kennis zijn, maar wellicht zijn redelijke hypotheses voldoende. Bovendien is de inschatting van de mate van betrouwbaarheid van kennis persoonsafhankelijk.

Assumptie 2: De professional in de zorg verandert kennis onder invloed van reeds aanwezige kennis, ervaringen, vaardigheden en attitudes

Kennis wordt bij het implementeren vaak beschouwd als iets statisch: de doelgroep moet er kennis van nemen en het gaan toepassen in de

praktijk. Kennis is echter niet statisch, maar een onderdeel van een dynamisch proces: de kennisontwikkelingcyclus. Professionals die kennis opnemen relateren deze kennis aan hun eigen situatie en beïnvloeden daarmee de kennis. Hoe beschrijft wetenschappelijke literatuur dit dynamische proces?

De dynamiek van kennis

Zoals we bij de vorige assumptie vermeldden, wordt kennis gevormd op basis van informatie, ervaring, vaardigheden en attitude.[1] Nieuwe kennis zal door de ontvanger als informatie worden beschouwd en worden gecombineerd met eerder opgedane kennis, die ook weer onderhevig is aan ervaring, vaardigheden en attitude. Kennis genereert steeds nieuwe kennis en is daarmee dynamisch in plaats van statisch. Zo kan de ontvanger kennis die als niet meer dan een redelijke hypothese wordt aangeboden toch interpreteren als betrouwbaar[13], of kan hij op grond van vaardigheden de nieuwe kennis beoordelen als onbruikbaar in de praktijk.[19]

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Kennisoverdracht moet ook aansluiten bij de beleving van de mensen voor wie de kennis bestemd is. Ik noemde het voorbeeld van de vliegtuigbranche waarvan de ziekenhuisorganisatie veel kan leren. Dat komt goed uit, want met die branche wil de gemiddelde werker in de gezondheidszorg zich wel identificeren. Waarschijnlijk zijn er ook interessante zaken voor een ziekenhuis te leren uit de manier waarop een afvalverwerkingsbedrijf of een slachthuis is georganiseerd. Dat zijn echter geen branches waar de zorgverlener zich graag mee identificeert."

Er was al bekend dat het voor implementatie belangrijk is dat de reeds aanwezige kennis, ervaringen, vaardigheden en attitudes in kaart moeten worden gebracht en dat de aangeboden kennis daarop moet aansluiten.[20] Minder benadrukt is dat moet worden bestudeerd of de kennis wel wordt opgepikt als bedoeld. Gezien de dynamische aard van kennis is dat niet vanzelfsprekend. Wordt de kennis als onbruikbaar geïnterpreteerd dan zal er zeker geen implementatie volgen. Daarnaast kan door implementatie nieuwe, bruikbare (ervarings)kennis ontstaan.

Dit kan dan tevens een kennisbron zijn voor latere implementaties (kennis vanuit de praktijk).

Steenbakkers, coördinator Hartslag Limburg: "Voor veel vragen die spelen bij het ontwerpen van effectieve interventies in het kader van het project Hartslag Limburg is gewoonweg nauwelijks informatie voor handen, laat staan wetenschappelijk goed gefundeerde informatie. Je bent dan afhankelijk van informatie die wel enigszins aan het onderwerp raakt, maar die voor het eigen gebruik moet worden aangepast. Dergelijke informatie vind je soms per toeval; het onderwerp komt bijvoorbeeld in de marge van een congres ter sprake en iemand blijkt ongepubliceerde data te hebben die je kunt gebruiken. Je gaat daar vervolgens in de praktijk mee aan de slag en genereert vervolgens zelf weer nieuwe kennis."

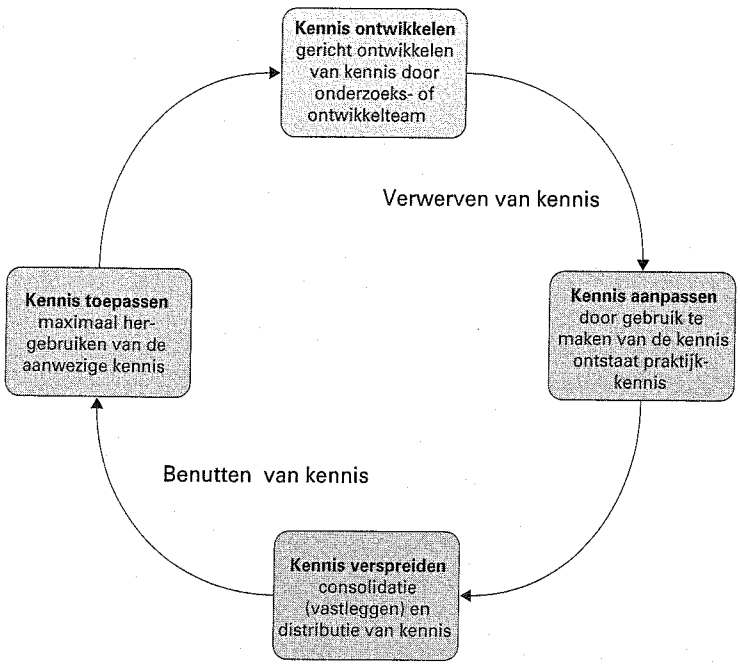
De kennisontwikkelingscyclus

Het dynamische proces van verwerven en benutten van kennis is veelvuldig beschreven in de kennismanagementliteratuur en is ondermeer te vinden onder de namen kennisontwikkelingcyclus, kennisspiraal[9], kennisstroom[1], of kenniswiel.[5] Grofweg wordt er steeds onderscheid gemaakt tussen een verwervingsfase en een benuttingsfase. Deze twee fases worden ook wel genoemd de 'activity of making' en de 'activity of using'.[5] Figuur 2 geeft de schematische weergave van een dergelijke ontwikkelingscyclus.

De verwervingsfase begint met *kennis ontwikkelen.*[1,9] Dit is een creatief, lastig te sturen, voortdurend proces, waarbij motivatie, inspiratie en puur toeval een belangrijke rol spelen. Als daarentegen een organisatie zich eerder met kennisverbetering bezighoudt dan met radicale ontdekkingen, dan kan kennisontwikkeling meer gestructureerd plaatsvinden. In elk geval is overleg tussen actoren belangrijk zodat geen overbodige en inconsistente kennis wordt ontwikkeld.[9]

De verwervingsfase bevat vervolgens *kennis aanpassen (adoptie).*[1,4,9] waarbij drie verschillende adoptiestrategieën te onderscheiden zijn: imitatie, replicatie (het geleerde dupliceren in andere situaties) en

Figuur 2. Schematische weergave van een kennisontwikkelingcyclus



substitutie (een alternatief bieden voor populaire producten of praktijken die op andere wijze toch gelijksoortige functionaliteit bieden).[9]

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Je moet openstaan voor alle mogelijke bronnen van informatie. Zo hebben wij veel kunnen leren van de contacten die we hebben aangeknoopt met een hotelketen. De wijze waarop het hotelpersoneel wordt opgeleid en hoe hun organisatie draait biedt veel aanknopingspunten voor het verbeteren van het zorgproces in een ziekenhuis. Door eens in een andere branche rond te kijken, kun je ontzettend veel goede ideeën opdoen voor je eigen organisatie. Je moet daarom altijd je oren en ogen goed openhouden."

In de aanpassingsfase zijn eerdere toepassingen van bestaande kennis van groot belang en moeten daarom overzichtelijk zijn vastgelegd.[9]

Een cultuurvoorwaarde is dat mensen in de organisatie willen leren (de 'lerende professionals') en dat het management leergedrag ondersteunt.[1]

Voorn, hoofd Advisering en Ondersteuning NHG: "Je moet bij het geven van een cursus eerst inventariseren wat de cursist al wel weet over het onderwerp en dat als uitgangspunt voor het aanleren van nieuwe kennis nemen. Je laat vervolgens de cursist die kennis zoveel mogelijk actief verwerven, zeg maar de studiehuis-aanpak."

De benuttingfase volgt op de verwervingsfase.[9] In deze fase is sprake van *kennis verspreiden (diffusie)*.[1,4,9] Een cultuurvoorwaarde is dat mensen het normaal vinden kennis te delen.[1,5] Daarnaast moet het de gewoonte zijn eerst te onderzoeken of bepaalde kennis al ergens voorhanden is, alvorens deze zelf te ontwikkelen.[1,4] Voor het verspreiden van expliciete kennis moet deze beschikbaar zijn in goed toegankelijke opslagsystemen en moeten mensen gewend zijn kennis expliciet te maken en terug te koppelen naar een opslagsysteem. Voor het verspreiden van impliciete kennis moet het management stimuleren dat mensen actief kennis overdragen.[1,9] Hoe beter de kennis te bereiken is, des te makkelijker deze kan worden beoordeeld en aangewend binnen of buiten de organisatie.[7,9]

De benuttingsfase bestaat ook uit *kennis toepassen*, een maximaal hergebruiken van de aanwezig kennis.[1,4,9] Een cultuurvoorwaarde is dan dat het normaal moet zijn, gebruik te maken van de nieuwste kennis door gelegenheid te geven nieuwe kennis toe te passen.[1]

Uniken Venema, adjunct-directeur GGD Nederland: "Kennisoverdracht is een eerste vereiste, maar op zich niet voldoende. Er zijn tal van randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden om de kennis ook geïmplementeerd te krijgen. Zo moet er een draagvlak bij de gebruikers worden gekweekt, maar ook bij de managers van de gebruikers. Het management in de zorg moet ervoor zorgen dat de toepassing van de nieuwe kennis in de lokale organisatie kan worden ingepast. Er moeten middelen voorhanden zijn. Dat is momenteel helaas niet altijd het geval."

Alle fases uit de kennisontwikkelingcyclus dienen goed op elkaar aan te sluiten. Daarom moet er voldoende gecommuniceerd worden tussen mensen die zich met verschillende fases bezig houden binnen of buiten de organisatie. Daarbij is het zaak niet alleen aandacht te besteden aan wat iemand aan kennis uit de vorige fase nodig heeft, maar ook aan wat iemand in de volgende fase nodig heeft. Als er bijvoorbeeld ter verspreiding van kennis een internetsite gemaakt wordt, moeten de makers makkelijk kunnen komen aan de inhoudelijke teksten (afstemming tussen onderzoekers en internetschrijver/bouwer), maar is er ook kennis nodig over wat de internetlezer eigenlijk zoekt (afstemming tussen internetschrijver/bouwer en internetgebruiker). Is die afstemming er niet, dan hapert de ontwikkelingscyclus.

Poppen, directeur ITÉ: "Vaak is het zo dat professionals pas kennis maken na de kennismaking."

Hoewel in elke organisatie de kenniscyclus gaande is, kan het zwaartepunt liggen op één van de onderdelen.[9] De private sector blijkt relatief weinig tijd te steken in kennisontwikkeling.[2] Daarentegen blijkt in gezondheidszorgorganisaties het merendeel van de inspanningen gericht te zijn op kennisontwikkeling en kennisaanpassing en wordt er veel minder tijd en geld besteed aan kennisverspreiding.[11]

Van Oers, hoofd Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen RIVM: "We hebben de afgelopen jaren geleerd dat je voor een optimaal gebruik die kennis ook actief moet uitventen. Dus niet alleen een presentatie van een dik boek en een verwijzing naar de website. Nee, tegenwoordig gaan we actief de boer op met onze cijfers."

De kenniscyclus kan pas echt gesloten worden als alle fases worden doorlopen. Alleen dan ontstaat geschikte kennis. Het alleen implementeren van kennis volstaat niet. De nieuwe inzichten die ontstaan door het gebruiken van de geïmplementeerde kennis genereert nieuwe kennis. Het is zaak dat de door de praktijk ontwikkelde nieuwe kennis weer terug gegeven wordt aan de wetenschap.

Steenbakkers, coördinator Hartslag Limburg: "De wetenschappers kunnen van ons leren welke strategieën wel en welke niet te gebruiken zijn in de dagelijkse praktijk. Met die kennis kunnen zij hun ideeën en theorieën vervolgens aanscherpen."

Wat betekent dit voor de implementatiepraktijk? Afgaande op de ZonMw-definitie richt implementatie zich vooral op het benutten van kennis en is het toepassen van kennis een eindstation. Dit laat weinig ruimte voor de gedachte dat door het benutten van kennis weer nieuwe inzichten kunnen ontstaan, die op hun beurt een kennisbron kunnen zijn voor latere implementaties. Meer aandacht voor de gehele cyclus zou kunnen resulteren in het door de Gezondheidsraad zo gewenste tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap.[8]

Assumptie 3: De professional in de zorg kan makkelijker de juiste kennis vinden als er een goede kennisinfrastructuur is met bruikbare kennismedia

Een goede kennisinfrastructuur is een voorwaarde voor geslaagde implementatie. In deze 'kennisinfrastructuur' kunnen verschillende 'kennispartijen' via geschikte 'kennismedia' kennis wederzijds uitwisselen.

Kennisinfrastructuur

In de vorige paragraaf is betoogd dat nieuwe kennis die door de praktijk is ontwikkeld moet worden terug gegeven aan de wetenschap. De vraag is hoe die kennis daar weer komt. In kleinere organisaties vindt communicatie tussen werknemers frequent plaats. Bovendien is deze communicatie informeel en vis-à-vis, wat bij uitstek geschikt is voor uitwisseling van impliciete kennis. Bij grotere organisaties of bij samenwerking tussen verschillende organisaties (bijvoorbeeld tussen universiteiten en zorginstellingen) wordt die directe communicatie lastiger. Het gevaar is dat met een andere communicatievorm ook andere kennis wordt gebruikt. In plaats van impliciete wordt dan vooral expliciete kennis uitgewisseld, omdat die beter is vast te leggen. Daarnaast heeft elke groep zijn eigen jargon en methode van kennis-

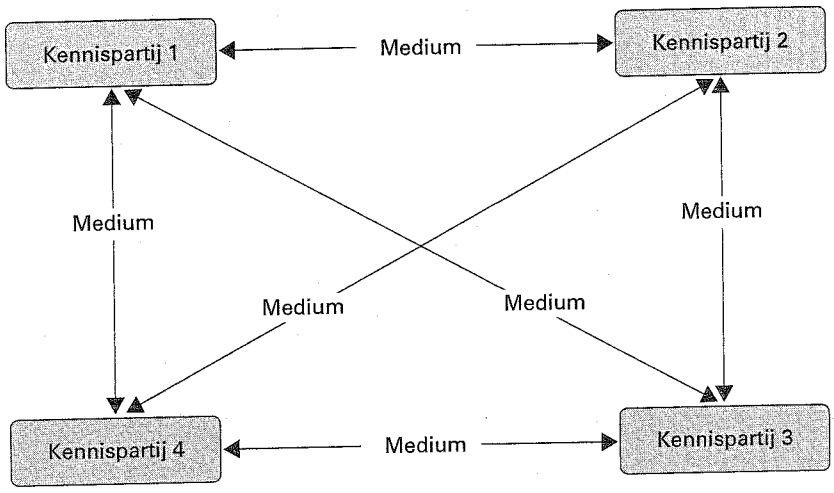
opslag wat het delen van kennis bemoeilijkt.[5] Bovenal is het belangrijk dat de reeds aanwezige kennis beschikbaar is, wat staat of valt met kennisuitwisseling tussen individuen binnen organisaties[9], maar ook tussen organisaties om daarmee 'kennisverzuiling' te voorkomen.[11] Implementatie van kennis is daarom niet alleen een kwestie van aanbod. De potentiële gebruiker moet er van op de hoogte zijn dat er nuttige kennis is en deze kunnen bereiken. Een goede kennisinfrastructuur is daarbij belangrijk. Waar kennismanagement zich richt op het omgaan met kennis, kan de kennisinfrastructuur worden gezien als de structuur (het wegennet) waarin de te managen kennis zich bevindt. Regelmatig wordt de kennisinfrastructuur vereenzelvigd met een verzameling van instituten die zich richten op het vergaren en verspreiden van kennis. Een samenhangende kennisinfrastructuur betekent in die interpretatie dat alle benodigde instituten aanwezig zijn voor het beschikbaar maken van kennis en dat er een duidelijke taakafbakening is tussen de instituten. Nadeel is dat er nauwelijks instituten zijn die zich richten op het terugkoppelen van nieuwe kennis die is ontstaan in de praktijk (zie assumptie 2). Een ander nadeel is dat deze taakinvulling zeer verschillend wordt opgevat. Er wordt bijvoorbeeld onderscheid gemaakt tussen onderzoeksnetwerken (gericht op het verwerven van kennis), en kenniscentra (gericht op het overdragen van kennis ten behoeve van de gezondheidszorgpraktijk).[21] Of er is discussie over de vraag of een kenniscentrum naast een kennisverspreidende functie ook al dan niet een behandelfunctie aan moet bieden.[22]

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Het ontbreekt in Nederland aan een goede structuur voor het uitwisselen van niet-medische kennis over de zorg. We moeten zelf iedere keer de omstandigheden creëren waarin informatie succesvol kan worden uitgewisseld. Vanwege het gebrek aan een structurele mogelijkheid voor het uitwisselen van niet-medische kennis zijn het momenteel vooral de organisatie-adviesbureaus die rijk worden van de overdracht van dergelijke kennis."

In dit hoofdstuk pleiten we voor een bredere opvatting van kennisinfrastructuur. Ongeacht de institutionele invullingen is er in een kennisinfrastructuur altijd sprake van een relatie tussen kennispartijen.

Kennispartijen zijn personen die zowel kennis bezitten als belang hebben bij het verwerven van meer kennis. Dit betekent een loslaten van het klassieke statische model met een onderscheid tussen zender en ontvanger van kennis, zoals dat meestal in de implementatiepraktijk wordt gebruikt. In plaats daarvan ontstaat er een dynamischer model waarbij personen zowel zender als ontvanger van kennis kunnen zijn. Dit model is weergegeven in figuur 3.

Figuur 3. Schematische weergave van een kennisinfrastructuur



Kennispartijen

Voorbeelden van kennispartijen binnen de zorg zijn onderzoekers, hulpverleners, patiënten en beleidsmakers, maar ook kennisintermediairen kunnen zo'n partij zijn. De partijen kunnen ieder andere kennis bezitten en andere kennisbehoeftes hebben (zie assumptie 1), wat idealiter leidt tot een kennisuitwisseling.

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Ons ziekenhuis heeft een website met veel informatie voor patiënten over aandoeningen, over behandelingen, ook over de wachttijden. Maar ook in de contacten met andere ziekenhuizen is het op het gebied van kennisuitwisseling altijd een kwestie van geven en nemen. Je deelt informatie en wordt daar beiden wijzer van."

Naast een spreiding/herverdeling van kennis tussen de partijen kan er ook kennisvermeerdering plaatsvinden. Nieuwe kennis wordt immers geïntegreerd in reeds aanwezige kennis en kan leiden tot nieuwe kennis (zie assumptie 2). De verschillende kennispartijen hebben verschillende soorten kennis tot hun beschikking maar blijken vooral binnen de eigen groep op zoek te gaan naar kennis.[11] Onderzoekers binnen de gezondheidszorg houden zich grofweg bezig met geneeskundig onderzoek (de ziekte) of met sociaal wetenschappelijk onderzoek (leven met de ziekte). Daarnaast kan fundamentele, strategische en toegepaste onderzoeksprogrammering worden onderscheiden. In praktijk blijkt de kennisuitwisseling tussen deze verschillende groepen moeizaam te verlopen.[11] Een voorbeeld: in sociaal-wetenschappelijk gezondheidsonderzoek staat de manier waarop patiënten omgaan met hun aandoening en de behandeling hoog op de agenda. Desondanks wordt bij 'randomized controlled trials' naar geneesmiddelengebruik vaak alleen gekeken naar de farmaceutische werkzaamheid en zelden naar wat de patiënt van deze medicatie vindt. Dit heeft dan ook consequenties voor de therapietrouw.[23]

Behalve een gebrekkige interactie tussen de verschillende onderzoeksterreinen is er ook gebrekkige interactie tussen onderzoekers en hulpverleners. Hierdoor worden keuzes voor onderzoek te veel ingegeven door wetenschappelijke overwegingen en te weinig door vragen uit de praktijk van de hulpverleners.[11]

Uniken Venema, adjunct-directeur GGD Nederland: "Vaak betrekken onderzoekers die bijvoorbeeld via de GGD'en hun kennis willen verspreiden in de praktijk, de praktijk er veel te laat bij. Als je kennis wilt implementeren moet je daar heel intensief in investeren. Nu worden de mensen in de praktijk vaak overvallen met in te voeren strategieën zonder dat de kennisverspreiders gedacht hebben aan het scheppen van de noodzakelijke randvoorwaarden. Het wrange is dat de mensen in de praktijk vervolgens de schuld ervan krijgen dat de interventie niet wordt uitgevoerd."

Ook hulpverleners zijn 'verzuild' naar discipline (beroepsgroepen). Hierdoor wordt kennis gegenereerd ten dienste van de eigen tak en wordt te weinig gebruik gemaakt van de kennis in andere zuilen.[11]

Poppen, directeur ITÉ: "Kennisoverdracht bij ziekteverzuim, arbeidsrelevante aandoeningen en arbeidsongeschiktheid vindt vaak wel plaats *binnen* beroepsgroepen, maar niet of nauwelijks *tussen* beroepsgroepen."

Er zijn in alle beroepsgroepen hulpverleners die een klinische praktijk combineren met wetenschappelijk werk, waarmee evidence based kennis gevoed zou kunnen worden met clinical-based kennis. Desondanks is het onduidelijk wie de kennis heeft over bijvoorbeeld atypische patiënten. Of wat je moet doen als de patiënt niet wil, of als je zelf als hulpverlener bezwaren hebt tegen bepaalde geprotocolleerde handelingen.[19] Patiënten, vooral chronisch zieken, zijn ervaringsdeskundigen waar het gaat om leven met de ziekte. Patiënten zijn dus ook een kennispartij hoewel daar weinig rechtstreeks gebruik van wordt gemaakt zodra het gaat om implementatie van die kennis. Patiëntenverenigingen spelen nog te weinig een rol bij het opstellen van behandelingsrichtlijnen en protocollen, bij kwaliteitstoetsing vanuit patiëntenperspectief wat kan leiden tot onderzoeksprioriteiten (bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoek).[11]

Verhoeven, patiënt: "De patiënt heeft ook heel veel kennis. Hij of zij heeft ervaring met de ziekte waaraan hij leidt. De patiënt is de specialist op het gebied van zijn eigen lichaam. Die praktische kennis is een waardevolle bron van informatie voor artsen en andere hulpverleners in de zorg. Niet iedere patiënt is immers hetzelfde, niet iedere patiënt reageert hetzelfde op een behandeling. De kennis daarover moeten artsen en andere zorgverleners opdoen bij de individuele patiënten. Dan pas kan de patiënt een optimale behandeling krijgen."

De vierde kennispartij die is genoemd bestaat uit beleidsmakers. Worden de patiënten al nauwelijks gezien als kennisleveranciers, beleidsmakers ziet men vooral als kennisvragers.
Maar ook beleidsmakers hebben geheel eigen kennis, ondermeer over maatschappelijke processen als publieke besluit- en meningsvorming. Tegelijkertijd beïnvloedt ze deze maatschappelijke processen wat het lastig maakt de kennis te fixeren.[3]

Vloemans, arts en beleidscoördinator VWS: "Om beleid te kunnen maken hebben wij bepaalde informatie nodig. Is er eenmaal beleid gemaakt, dan is dat op zich ook weer kennis geworden. Die kennis moet vervolgens naar de gebruikers verspreid worden. Dan zijn wij kennisintermediair geworden."

Kennisproductie en benutting vormen dus een permanente cyclus (zie ook assumptie 2). Evaluaties die kunnen leiden tot nieuwe inzichten zijn echter spaarzaam, hoewel er recentelijk initiatieven zijn om te komen tot 'evidence based policy': de Campbell Collaboration verzamelt en evalueert de effecten van beleidsinterventies.[19]

Kennismedia

Kennismedia vormen de manieren om kennis over te dragen. Een groot deel van de kennismanagementliteratuur behandelt het thema kennismedia en het is daarom interessant te zien wat dit betekent voor implementatie. De meest gehanteerde conceptuele indeling is die tussen synchrone en asynchrone media.[24,25] Bij synchrone media vindt de levering en opname van kennis tussen twee of meer mensen op het zelfde tijdstip plaats. Denk daarbij aan: vis-à-vis gesprekken, voordrachten en congressen, themagroepen (zelfhulpgroepen, patiënten- en medische beroepsverenigingen), of telefoon. Bij asynchrone media is het tijdstip van kennislevering niet gelijk aan het tijdstip van kennisopname. Denk daarbij aan wetenschappelijke literatuur, publieke gedrukte media (boeken, tijdschriften en kranten), televisie en radio. Het medium dat zowel synchrone als asynchrone kennisoverdracht kent is internet. Er is een aantal gezondheidskundige internettoepassingen mogelijk: synchrone kennisoverdracht (o.a. hulp bij behandelingsbeslissingen of privé-sessies met medisch advies via chat, webtelefonie en videoconferences; steun- en discussiegroepen) en asynchrone kennisoverdracht (o.a. informatiebronnen over medische concepten en thema's; zelfhulp gidsen; medische testen; informatie over bepaalde gezondheidszorg instanties; consultatie via e-mail of e-bulletin boards, gezondheidsgerelateerd onderzoek).

Sol, directeur Oogziekenhuis Rotterdam: "Tien jaar geleden zochten wij contact met andere oogziekenhuizen in Europa. Het koste mij ongeveer een jaar om alle oogklinieken op te sporen. Nu heb je ze binnen een paar seconden op internet gevonden. Dan kun je meteen contact leggen en gegevens met elkaar uitwisselen."

Er bestaat zelfs een vakgebied 'Telemedicine' dat zich bezig houdt met bevorderen van het gebruik van elektronische informatie en communicatie technologie waarmee gezondheidszorg op afstand wordt bedreven, door geven van steun en bieden van informatie.[17]

De keuze voor een bepaald medium kan gerelateerd zijn aan het type informatieoverdracht.

Verhoeven, patiënt: "De aard van de vraag bepaalt vaak de manier waarop je een antwoord gaat zoeken. Internet en patiëntenfolders bieden veel informatie voor de patiënt. Die informatie is wel altijd gericht op brede groepen patiënten. Als de vraag meer is toegespitst op je eigen specifieke situatie bieden de websites en voorlichtingsfolders vaak geen uitkomst meer. Dan is wellicht de huisarts of specialist de aangewezen bron, of de patiëntenvereniging of het lotgenotencontact. Hoe specifieker de vraag, des te meer behoefte is er aan persoonlijk contact bij het aanleveren van kennis."

Denk terug aan het in de inleiding genoemde voorbeeld van een organisatie waarin veel geld werd ingezet op een elektronische database om in een groot bedrijf kennisdeling te vereenvoudigen. In praktijk gingen de beoogde gebruikers liever even bij een collega langs om wat te vragen.[5] Vertaald naar kennismanagementtermen werd er expliciete kennis met een asynchroon medium (database) aangeboden, maar bleek er juist behoefte te zijn aan impliciete kennis met een synchroon medium (vis-à-vis).

Poppen, directeur ITÉ: "Maar al te vaak worden wonderen van databases verwacht, terwijl gebruikers deze systemen na implementatie links laten liggen. Bij de invoering van een goede kennisinfrastructuur bevordert het management daardoor niet alleen een goede verstandhouding met haar eigen kenniswerkers, maar zorgt ook voor een betere afstemming tussen professionals onderling."

Asynchrone media leiden in het algemeen minder tot dialoog en zijn hierdoor bij uitstek geschikt voor het aanbieden van expliciete kennis. Synchrone kennisoverdracht geeft meer kans tot uitwisselen van impliciete kennis.[5,25]

Uniken Venema, adjunct-directeur GGD Nederland: "Alle informatie waarvan wij denken dat deze nuttig is voor onze klanten, te weten de lokale GGD'en, plaatsen wij tegenwoordig op ons Kennisnet. De vragen die sindsdien nog aan ons worden gesteld hebben of betrekking op zaken die nog lopen, bijvoorbeeld bepaalde beleidsontwikkelingen, of gaan over de manier waarop beleid vertaald kan worden naar de lokale situatie."

Bij de keuze voor een bepaald medium is niet alleen sprake van noodzaak maar ook van gewoonte. Volgens een overzicht van studies tot en met 1992 gebruiken huisartsen op zoek naar medisch kennis de volgende informatiebronnen in afnemende frequentie: collega's, tijdschriften, boeken, bibliotheek, gedrukte of on-line bibliografieën.[16] En zoals eerder beschreven vinden mensen de vereiste tijd en inspanning belangrijker dan de kwaliteit van de informatiebron.[16] Ook protocollen en richtlijnen ontwikkeld door collega's zijn populair, aldus een vragenlijstonderzoek uit 1998 onder 302 Engelse huisartsen.[26] De ondervraagde huisartsen misten overigens kennis die meer toegespitst was op de dagelijkse praktijk en mede daarom waren collega's een veelgebruikte kennisbron.[16] Artsen zijn evenwel bereid nieuwe kennismedia te gebruiken als deze maar voldoende aansluit bij bestaande beroepsgewoontes en behoeftes.

Voorn, hoofd Advisering en Ondersteuning NHG:
"Kennisproducten moeten aansluiten bij de belevingswereld van de gebruiker. Bij het ontwikkelen van de NHG-standaarden gaan wij tegenwoordig veel meer naast de huisarts op de stoel gaan zitten; we kijken goed naar de haalbaarheid in de praktijk van de Standaard. Dat geldt eveneens bij het aanbieden van kennis over hoe de huisarts het beste zijn praktijk kan organiseren. De producten die wij daar voor leveren moeten zonder veel moeite in de lopende praktijk kunnen worden ingebouwd, anders wordt het niets."

In een gezondheidspsychologisch onderzoek naar het succes van teleconsultatie van collega medisch specialisten, werd eveneens het belang van aansluiting bij bestaande beroepsgewoontes benadrukt.[17] Specialistengroepen die vooral gebruik maken van fysiek onderzoek en gespecialiseerde technieken zijn minder geneigd gebruik te maken van teleconsultatie, dan specialisten die zich vooral bezighouden met interpretatie van beelden (bv. röntgenfoto's) of numerieke data. Dit verschil was vooral terug te voeren op het soort informatie dat de specialisten deelden via teleconsultatie: objectieve data kunnen prima worden beoordeeld op afstand, maar ze durven niet te vertrouwen op subjectieve oordelen van collega-artsen. Desondanks waren de artsen het er over eens dat teleconsultatie nuttig zou kunnen zijn bij patiënten die op grote afstand wonen.

Niet alleen hulpverleners, maar ook patiënten zoeken actief naar kennis. Voorheen gebeurde dat vooral door (huis)artsenbezoek[18], via weekbladen of en televisieprogramma's. Inmiddels zoeken van de 8 miljoen internettende Nederlands zo'n 6 miljoen mensen naar informatie over gezondheid.[14] Internet wordt vooral gebruikt voor het opzoeken van informatie over verschijnselen van een bepaalde ziekte.[14] Kennis over het leven met een bepaalde aandoening zoeken mensen vooral in lotgenotencontacten, al dan niet via chat op internet.

Verhoeven, patiënt: "Het advies van een lotgenoot kan in sommige situaties waardevoller zijn dan dat van een deskundige arts. Omdat het precies aansluit bij je eigen belevingswereld."

Zeventig procent van de internetgebruikers zou graag via internet willen communiceren met artsen maar de meeste artsen zijn echter terughoudend over direct internetcontact, ondermeer door het mogelijk effect op de werkbelasting.[14] Desondanks zijn er verschillende initiatieven in de gezondheidszorg om de kennisoverdracht op andere wijze te laten plaatsvinden dan tot dusver gebruikelijk is. Vanwege het huisartsentekort in bepaalde delen van Nederland is er bijvoorbeeld gezocht naar een alternatief voor de arts-patiënt-contacten in de huisartsenpraktijk. Enkele zorgverzekeraars experimenteren met medische callcentra (ANP, 2002). Daarmee wordt het ene synchrone medium (vis-à-vis) door het andere vervangen (telefoon). Bovendien verandert de patiënt van gesprekspartner: het was de huisarts en wordt een specifiek getrainde helpdeskmedewerker. Een ander voorbeeld is het vervangen van een synchroon communicatie middel (vis-à-vis gesprekken) door een asynchroon type (e-mail). Zo is in Nederland ten minste één e-maildokter actief (ANP, 2002). Via internet gestelde vragen worden binnen 24 uur telefonisch beantwoord. Is dit niet voldoende dan kan de patiënt alsnog naar de praktijk te komen. Deze methode vervangt een groot aantal vis-à-vis contacten.

Tukker, voormalig hoofd Gezondheidsprogramma's AVRO: "Door informatie ook aan te leveren via internet, in ons geval de website Gezondheidsplein.nl, kun je mensen op ieder tijdstip van de dag bereiken. Ook maakt dit medium het mogelijk interactief te werken. Mensen kunnen vragen stellen die vervolgens door deskundigen worden beantwoord."

Samenvattend kunnen we stellen dat de kennisinfrastructuur in de zorg verbetering behoeft: er is nog te weinig wisselwerking tussen verschillende kennispartijen. Hierdoor wordt te weinig relevante kennis gegenereerd en verspreid en zijn mensen onvoldoende op de hoogte van de kennis die voorhanden is. Vooral het overdragen van impliciete kennis is gebaat bij dialoog, wat extra eisen stelt aan de kennisinfrastructuur. Hoe beter de contacten tussen de verschillende kennispartijen, des te meer 'spontane' implementatie van kennis zal plaatsvinden.

Van Oers, hoofd Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen RIVM: "Om de kennis optimaal te verspreiden is regelmatig contact nodig met alle partijen die van je kennis kunnen profiteren. Mensen moeten je kennen en je weten te vinden op het moment dat ze jouw kennis nodig hebben."

Ter bevordering van de dialoog moeten kennismedia aansluiten bij hei soort kennis dat moet worden overgedragen, rekening houdend met d gewoontes op dat vlak van de doelgroepen.

Conclusies

Voor de ontwikkeling van de (preventieve) gezondheidszorg is een gedegen onderbouwing van het werk van groot belang. Met termen als evidence based medicine en evidence based preventie wordt naar dit gefundeerd en onderbouwd werken verwezen. Voor beleidsmakers doet analoog hieraan het concept evidence based policy meer en meer zijn intrede. Want ook voor de ontwikkeling van beleid en een sturing van politieke besluitvormingsprocessen speelt evidence een rol van betekenis. De ruwe ingrediënt van evidence is kennis. Waar het steeds om gaa bij een stimulering van evidence based werken is het verzamelen, toegankelijk en bruikbaar maken van die kennis. Tot dusver resulteert dit in een veelal aanbodgestuurde, topdown strategie waarin de wetenschap aan de praktijk voorschrijft wat te doen en te laten. Maar zelfs bij een bottom-up benadering biedt – vrij vertaald – de wetenschap de te implementeren kennis en de praktijk de context (belemmerende en bevorderende factoren) die inpasbaarheid en uitvoerbaarheid mogelijk maakt. Daarbij wordt nog te vaak over het hoofd gezien dat niet alleen de wetenschap van belang is voor een bevordering van de kwaliteit van zorg. Ook professionele kennis en kunde en maatschappelijke ontwikkelingen verdienen aandacht. Uit onderzoek blijkt dat de huidige manier van werken de praktijk onvoldoende beïnvloedt en dat er sprake is van een kloof tussen kennis en praktijk.[8] Er is dringend behoefte aan een tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap, waarbij het accent ligt op 'leren' en de 'lerende professional' die voortdurend op zoek is naar kennis, daarbij gebruik makend van verschillende bronnen zoals wetenschappelijk literatuur, gegevensbestanden, internet en leerboeken.

In dit hoofdstuk is nagegaan wat we vanuit de kennismanagementliteratuur zouden kunnen leren over het implementeren van kennis, en het dichten van de geconstateerde kloof tussen wetenschap en praktijk. Met het begrip kennismanagement wordt kortweg verwezen naar het managen van de productiefactor kennis. Centraal in de benadering staat de vraag hoe kennis optimaal benut kan worden.
De belangrijkste conclusie van het hoofdstuk is dat er een breed spectrum aan soorten kennis bestaat waaruit professionals putten. Hiermee samenhangend, concluderen we dat een kennisinfrastructuur hierop dient aan te sluiten en hier sturing aan kan geven.

De soorten kennis waarmee in de praktijk feitelijk gewerkt wordt, varieert van expliciete, betrouwbare evidence based kennis tot ervaringskennis waarbij het primaat ligt bij de persoonlijke professionele ervaring. Dit impliceert voor het implementeren van kennis dat niet alleen gekeken moet worden naar resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Ook andersoortige kennis zoals expertkennis en ervaringskennis blijken van belang voor het handelen van professionals. Het accent zou moeten liggen op een interactie tussen praktijk en wetenschap en het 'van elkaar leren'. Dit betekent dat er mogelijkheden gecreëerd moeten worden voor het delen van kennis en het van daaruit 'van elkaar leren'. Dit kan door bijvoorbeeld het organiseren van momenten waarop in groepsverband gericht kennis uitgewisseld wordt tussen verschillende kennispartijen uit wetenschap en praktijk. Ook zou gebruik gemaakt kunnen worden e-learning (elektronische leeromgevingen). Een adequate kennisinfrastructuur biedt dan een plek en structuur waar al deze evidence door kennispartijen vanuit praktijk, onderzoek en beleid in samenspraak wordt verzameld en beheerd, waarbij er aandacht dient te zijn voor een zekere kwaliteitsborging van deze evidence i.c. kennis. Kennis is voortdurend aan verandering onderhevig. Nieuwe kennis zal steeds in het licht van oude kennis en overige determinanten als attitude, vaardigheden en ervaring al dan niet opgepikt worden. De kennisontwikkelingcyclus maakt daarnaast duidelijk dat het implementeren van kennis een proces is en daarmee niet eindigt bij het realiseren van een toepassing van kennis. Relevante en bruikbare kennis kan gegenereerd worden juist door ervaringen met de feitelijk toepassing ervan systematisch te verzamelen. In de benaderingswijze en het denken over implementatie tot dusver, is hier nauwelijks aandacht voor. Hiermee samenhangend verdient het monitoren

van het gebruik van kennis en deze weer benutten voor de verdere ontwikkeling van onderzoek, beleid en praktijk een impuls.

Steeds meer blijkt dat evidence waarbij verwezen wordt naar result van onderzoek, slechts een factor is die een rol speelt bij het neme van beslissingen. Mensen blijken minder rationele beslissers dan v verondersteld wordt. Bovendien blijken allerlei andere factoren er te doen, zoals bijvoorbeeld voor beleidsmakers het moment waaro kennis wordt aangeboden.[27]
Tot dusver is er eenzijdige aandacht in het implementatiedenken v de kenmerken van de innovatie. Er moet daarom meer gebruik wo gemaakt van de al beschikbare kennis over werkprocessen, kenmerl en context van gebruikers en de factoren die de beslissingen, keuz het handelen van deze gebruikers bepalen. Inzicht hierin bevorder in de toekomst de tot dusver aanbodgestuurde implementatie van nis kan worden omgebogen naar een meer vraaggestuurde benaderi Dit heeft consequenties voor en geeft een gerichte sturing aan de wikkeling van een kennisinfrastructuur. Er dient in samenspraak n alle kennispartijen te worden gewerkt aan de ontwikkeling van geschikte media en infrastructuren voor kennisoverdracht. Het uit delijk doel hiervan is en blijft een stimulering van gebruik van ke en daarmee het evidence based werken in de zorg en preventie.

Referenties

1. Bertrams J. De kennisdelende organisatie: kunst & praktijk van het he bruik van kennis. Scriptum Management, Schiedam, 1999.
2. Ruggles R. The state of the notion: knowledge management in practic California Management Review 1998;40;3:80-89.
3. Duivenboden H van, Lips M, Frissen P, editors. Kennismanagement in publieke sector. Elsevier bedrijfsinformatie bv, Den Haag, 1999.
4. De Long D, Seemann P. Confronting conceptual confusion and confli knowledge management. Organizational Dynamics 2000;29;1:33-44.
5. Ali Y. The intranet and the management of making and using skills. Journal of Knowledge Management 2001;5;4:338-348.
6. McDermott R, O' Dell C. Overcoming cultural barriers to sharing kn ledge. Journal of Knowledge Management 2001;5;1:76-85.

7. Bhatt GD. Knowledge management in organizations: examining the interaction between technologies, techniques, and people. Journal of Knowledge Management 2001;5;1:68-75.
8. Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren: het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg. Gezondheidsraad, Den Haag, 2000.
9. Bhatt GD. Organizing knowledge in the knowledge development cycle. Journal of Knowledge Management 2000;4;1:15-26.
10. Wyatt JC. Management of explicit and tacit knowledge. Journal of the Royal Society of Medicine 2001;94;January.
11. Meurs PL, Splunteren PT van, Werf WTPF van der. Disseminatie en implementatie van kennis. KNMG/ZON, Utrecht/Den Haag, 1998:46.
12. Baxter H. An introduction to online communities. Community manager of Knowledgeboard.com, 2002.
13. Shonkoff JP. Science, policy, and practice: Three cultures in search of a shared mission. Child Development 2000;71;1:181-187.
14. Rijen AJG van. Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2002:80.
15. Gagliardi A, Jadad AR. Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: chronicle of a voyage with an unclear destination. British Medical Journal 2002;324;7337:569-573.
16. Verhoeven AAH, Boerma EJ, Meyboom-de Jong B. Het gebruik van informatiebronnen door huisartsen: een literatuuroverzicht. Huisarts en Wetenschap 1996;39;1:12-15.
17. Lehoux P, Sicotte C, Denis JL, Berg M, Lacroix A. The theory of use behind telemedicine: how compatible with physicians' clinical routines? Social Science & Medicine 2002;54;6:889-904.
18. Zuuren FJ van, Straten A van. Persoonskenmerken en de behoefte aan medische informatie: een onderzoek in de huisartsenpraktijk. Gedrag & Gezondheid 1991;19;4:225-229.
19. Borst-Eilers E, Leeuwen M van. Verstand en gevoel in de clinch: de rol van evidence in spreekkamer en vergaderzaal. Medisch Contact 2002;57;30/31:1115-1117.
20. Hulscher M, Wensing M, Grol R. Effectieve implementatie: theorieën en strategieën. ZON, WOK, Den Haag, 2000.
21. Verburg H. Kennis en kenniscentra in de GGZ en beleidsplan kennisoverdracht in de GGZ: een voorzet. Trimbos-instituut, Utrecht, 2000:84.

22. Nationale Commissie Chronisch Zieken. Advies kenniscentra. Nationale Commissie Chronisch Zieken, Zoetermeer, 1992:27.
23. Horne R. Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? [editorial]. 1999;47;6:491-495.
24. Riva G, Galimberti C. The mind in the web: psychology in the internet age (Editorial). CyberPsychology and Behavior 2001;4;1:1-5.
25. Hård af Segerstad Y, Ljungstrand P. Instant messaging with WebWho. International Journal of Human Computer Studies 2002;56;1:147-171.
26. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. British Medical Journal 1998;316;7128:361-365.
27. Nutbeam D. Evidence based public policy for health; matching research to policy need. Promotion and Education 2001;2:15-19.

i De opvattingen van de 'kenniszoekende professionals' over kennisoverdracht worden verwoord door respectievelijk mevr. Jopie Verhoeven, patiënt; drs. Cees Sol, directeur van het Oogziekenhuis Rotterdam; drs. Mieke Steenbakkers, coördinator van het project Hartslag Limburg en dr. Fons Vloemans, arts en beleidscoördinator bij de directie Geestelijke gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang van het ministerie van VWS. De inzichten over het doorgeven van kennis door 'kennisintermediairen' worden vertolkt door respectievelijk dr. Hans van Oers, hoofd Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het RIVM; prof. dr. Theo Voorn, hoofd Advisering en Ondersteuning Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG); dr. Petrien Uniken Venema, adjunct-directeur GGD Nederland; dhr. Kees Tukker, tot voor kort hoofd gezondheidsprogramma's bij de AVRO en drs. Henk J. Poppen, directeur van ITÉ, Organisatie en Advies in de Gezondheidszorg.