

**In zicht**



bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
tel 030 2729 614/615  
fax 030 2729729



# **In zicht**

Nieuwe wegen voor implementatie

*J. Ravensbergen*

*R. Friele*

*J. Keijsers*

*M. Wensing*

*N. Klazinga*

© 2003, Koninklijke Van Gorcum BV, Postbus 43, 9400 AA Assen.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j<sup>o</sup>, het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

NUR 801, 882

ISBN 90 232 3895 8

**ZonMw werkt aan een betere gezondheid in Nederland. Op de driesprong van praktijk, beleid en onderzoek structureert en stimuleert ZonMw effectieve samenwerking door het ontwerpen en uitvoeren van subsidieprogramma's en het coördineren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. Het actief stimuleren van het daadwerkelijk gebruiken van de resultaten van onderzoek en ontwikkeling is een belangrijke taak. De programma's van ZonMw bestrijken elk een deel van het brede gebied van gezondheidsonderzoek en zorgverbetering. Elk programma wordt geleid door commissies van deskundigen uit het betreffende gebied.**

**ZonMw heeft aandacht voor de diversiteit van de samenleving en voor de specifieke kennis- en het perspectief van cliënten en patiënten.**

**Hoofdopdrachtgevers van ZonMw zijn het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).**

#### *Colofon*

*Eindredactie: Marcel Senten, Jos Zandvliet*

*Interviews: Wilma Mik, Marten Dooper, Marije Bosch*

*Grafische vormgeving: Koninklijke Van Gorcum, Assen*

*Foto's omslag: Henk Jonker (Hollandse Hoogte), Fotostock*

*Met dank voor het meelezen: Stannie Driessen, Hannie van der Hoeven, Marjolijn Merckx, Wim Schellekens, Willem de Regt*

Het overnemen van tekst is alleen toegestaan met een duidelijke bronvermelding.



# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	7
<b>1 Veranderend denken over implementatie</b> <i>Niek Klazinga</i>	9
<b>2 ZON, ZonMw en Effectieve Implementatie</b> <i>Jacomine Ravensbergen</i>	16
<b>3 Implementeren door kennismangement: theorie en praktijk</b> <i>Nicolet Theunissen, Roland Friele en Jolanda Keijsers</i>	30
<b>4 Kijkjes in andermans keuken</b> <i>Marije Bosch, Peter van Splunteren en Michel Wensing</i>	59
<i>Interview: Leren van casussen</i>	73
<b>5 Work in progress</b> <i>Wendy Reijmerink en Cees Vos</i>	75
<i>Interview: Continu kwaliteitsproces in de huisartsenpraktijk</i>	84
<b>6 Sociale ziektekostenverzekering en implementatie</b> <i>Floor Rikken</i>	86
<i>Interview: Zorgverzekeraar als hoeder van het patiëntenperspectief</i>	95
<b>7 Vraagsturing in de gezondheidszorg als voorwaarde voor vernieuwing</b> <i>Denijs Guijt</i>	97
<i>Interview: Verpleging en verzorging op volle kracht vooruit</i>	105

<b>8 Nieuwe en recent ingeslagen wegen voor ZonMw</b>	107
<i>Jacoline Ravensbergen</i>	
<i>Interview: GGD'en zoeken naar evenwicht tussen landelijke en lokale aanpak</i>	128
<b>9 Ambachtelijk veranderen</b>	130
<i>Niek Klazinga</i>	
<b>Over de auteurs</b>	140
<b>Lijst met afkortingen</b>	144

## Voorwoord

Implementatie is een *kennisgebied* met een nog korte geschiedenis, hoewel het om fenomenen gaat die er altijd al zijn geweest. Als *ervaringsgebied* bestaat implementatie al sinds mensenheugenis; door te implementeren heeft de mensheid zich immers ontwikkeld.

Met implementatie van zorgvernieuwing zijn met name de laatste tien jaar veel gedocumenteerde ervaringen opgedaan, die een ontwikkeling binnen dit kennisgebied laten zien van een gecontroleerde, systematische en landelijke aanpak naar een meer dynamische en lokale insteek. Voortschrijdend inzicht doet van zich spreken.

ZonMw speelde in die ontwikkeling een rol en heeft in zijn werkwijze en procedures deze ontwikkeling ook zelf doorgemaakt. Ieder inzicht dat ontstond was aanleiding voor een bezinning of verandering binnen ZonMw. Zo verloopt het implementeren van implementatiekennis.

Implementeren van zorgvernieuwingen is iets anders. Het is een vak apart en vereist samenwerking van veel actoren en belanghebbenden. Het vraagt ook om aandacht voor de context. Implementatie kan niet zonder implementatie-onderzoek, de ontwikkeling van implementatiemethoden en -strategieën, of evaluaties van geïmplementeerde innovaties.

De toegenomen aandacht voor implementatie is een goede zaak. Maar de opdracht 'Er zij meer implementatie' werkt niet. De inzichten op dit terrein leren immers dat implementeren geen kwestie is van zeggen wat er gedaan moet worden.

Implementeren kan èn moet, natuurlijk, maar het gaat niet vanzelf. Het vraagt om bezinning, analyses, visie, uitwisseling en breed gedragen aanpakken.

Deze opvatting vormt, naast het genoemde voortschrijdende inzicht, de aanleiding voor het ontstaan van dit boek, dat verschijnt op het tweede landelijke implementatiecongres 'Kennis beter delen'. We staan op een keerpunt. Een goed moment om terug én vooruit te kijken, de balans op te maken en toekomst te ontwikkelen.

Dit boek bevat legio ervaringen, inzichten en visies voor een gedegen bezinning, voordat verder koers gezet wordt naar de plaats van bestemming.

drs. Dick J.D. Dees  
voorzitter ZonMw

# 1

## Veranderend denken over implementatie

*Niek Klazinga en Peter van Splunteren*

Implementeren betekent gebruik maken van de nieuwste inzichten, de nieuwste methoden en de nieuwste technieken. Althans voor zover van die nieuwe inzichten, methoden en technieken is aangetoond dat ze echte verbeteringen zijn. Implementatie betekent verandering, het betekent openstaan voor nieuwe ideeën en andere opvattingen.

Implementeren vraagt om durven leren, het vraagt lef om bestaande opvattingen en handelwijzen ter discussie te stellen en nieuwe wegen te exploreren. Ook het denken over het proces van implementatie zelf is aan verandering onderhevig. Nieuwe ideeën en recente ervaringen stellen bestaande opvattingen over implementatie ter discussie.

Volstaat een topdown-benadering? Kun je implementatie planmatig sturen? Doet dat wel recht aan de dynamiek van het proces? En wat is eigenlijk de rol van de praktijk bij implementatie? Nieuwe vragen die roepen om nieuwe kennis.

In dit hoofdstuk verkennen we veranderende opvattingen over het begrip implementatie. Na een periode waarin vooral planmatig en van bovenaf werd geïmplementeerd en gezocht werd naar universeel werkzame implementatiestrategieën groeit nu de interesse in een meer dynamische benadering van implementeren. Een benadering die meer recht doet aan de rol van de context en van de autonome dynamiek van het veranderingsproces. De bestaande denkwijze over implementatie stelt veelal gedragsverandering van de zorgverlener centraal en houdt minder rekening met de wensen en mogelijkheden van gebruikers en de organisatorische randvoorwaarden. Nieuwe inzichten kunnen uiteindelijk leiden tot nieuwe wegen om implementatie vorm te geven.

## Concepten en sleutelbegrippen

De laatste tien jaar wordt het begrip ‘implementatie’ in toenemende mate gebruikt. Daarmee wordt, veelal afhankelijk van het perspectief van degene die het begrip in de mond neemt, een groot aantal verschillende zaken bedoeld. Het woord ‘implementatie’ heeft echter zonder contextualisering (wie-wil-wat-implementeren-waar-en-wanneer) een positief neutrale betekenis. Deze eigenschap deelt het met begrippen als ‘kwaliteit’ en ‘schoonheid’. Met een definitie als ‘verspreiding en invoering van veranderingen van bewezen waarde’ is het moeilijk tegen implementatie te zijn. Meningsverschillen, bijvoorbeeld door belangentegenstellingen, komen pas aan de orde als daadwerkelijk wordt geïmplementeerd. Voor beleidsprocessen is ‘implementatie’ door deze eigenschappen een bruikbare term, omdat iedereen zich er in kan vinden en keuzen op voorhand niet gemaakt hoeven te worden.

In de huidige discussies over implementatie op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg wordt het begrip onder andere ingezet om de volgende kloven te overbruggen:

- de kloof tussen wetenschappelijke kennis en de volksgezondheidspraktijk (o.a. preventie);
- de kloof tussen wetenschappelijke kennis en de gezondheidszorgpraktijk (o.a. het handelen van zorgverleners volgens evidence-based richtlijnen en het versterken van de positie van de zorgvrager);
- de kloof tussen wetenschappelijke kennis en de dagelijkse beleidsbeslissingen op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg (evidence-based policy making);
- de kloof tussen beschikbare praktijkkennis op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg en de bredere toepassing daarvan (verspreiding van best-practices).

Een groot aantal activiteiten is de laatste tien jaar in gang gezet om deze kloven te overbruggen. Deze activiteiten bestaan zowel uit onderzoek (implementatieonderzoek), landelijk en lokaal beleid (implementatiebeleid, implementatieprojecten) als managementinitiatieven (monitoring, verbeterprojecten). Door de aard van deze activiteiten heeft implementatie een eigen dynamiek gekregen. Organisaties als ZonMw en andere landelijke instituten die functioneren als een intermediair tussen de overheid en onderzoek en praktijk (bijvoorbeeld

CBO, Nivel, Trimbos-instituut, NIGZ en Prismant), zijn het bevorderen van implementatie als een eigenstandige belangrijke taak gaan beschouwen. Ook de landelijke overheid (zie hoofdstuk 5) en soms ook lokale overheden ontwikkelen een eigen implementatiebeleid.

### **Het huidige denken over implementeren**

Verschillende instituten en organisaties voeren een scala aan activiteiten uit om de gesignaleerde kloven tussen aanwezige wetenschappelijke kennis en de praktijk van zorg en preventie te overbruggen. In deze paragraaf zetten we het huidige denken over implementeren op een rij om vervolgens knelpunten daarin te benoemen.

Het huidige denken over implementatie is aanvankelijk vooral gevoed door het veld van de Health Technology Assessment. HTA werd zeker in de jaren tachtig gekenmerkt door planmatig denken over de ontwikkeling en invoering van nieuwe zorgtechnologieën en het uitvoeren van kosteneffectiviteitanalyses ter onderbouwing van een rationele besluitvorming over bijvoorbeeld toelating tot het verzekeringspakket.

Daarnaast stond de ontwikkeling van richtlijnen centraal: enerzijds brachten reviewstudies de factoren voor de implementatie van richtlijnen systematisch in kaart en anderzijds onderzochten trials de effectiviteit van verschillende implementatiestrategieën. Gaandeweg heeft het implementatieonderzoek zich verbreed en werden ook de opvattingen en het gedrag van de patiënt meegenomen of werd onderzoek gedaan naar de organisatorische context. Binnen de studies wordt de implementatie steeds als een planmatige en procesmatige activiteit geconceptualiseerd.

Uit verschillende definities van het begrip implementatie valt in ieder geval de volgende constante te halen: iemand wil iets van iemand (wie wil waarom, waar en wanneer, wat van wie). Eén van de actoren op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg beoogt een verandering in het gedrag of de situatie van een ander. Daarmee zijn al drie dimensies gegeven:

- een partij die een bepaalde verandering voorstaat;
- het object en de rationale van verandering;
- een partij die dient te veranderen.

In de wisselwerking tussen de partijen en het object van verandering is eveneens sprake van:

- de strategie die we gebruiken om te veranderen (implementatiestrategie);
- het feitelijk veranderen (het implementatieproces).

Dit geheel vindt plaats op basis van bepaalde motieven van betrokkenen (waarom) en in een bepaalde setting (waar) binnen een bepaald tijds kader (wanneer). In essentie is implementatie dan ook een complex sociaal proces dat ten behoeve van beleid, management en onderzoek veelal wordt gereduceerd tot een planmatige en intentionele vorm van gedragsbeïnvloeding.

### **Knelpunten**

In bovenstaande constateerden we dat de toepassing van wetenschappelijke kennis in de praktijk van zorg en preventie in de jaren negentig een krachtige impuls krijgt van de overheid en van kennisinstellingen. Het denken over implementatie en de inhoud van de activiteiten werd – en wordt nog steeds – vooral bepaald door modellen die uitgaan van een van boven geïnitieerde, planmatige aanpak. Deze aanpak oogst zeker successen maar maakt ook de tekortkomingen van het huidige denken over implementatie zichtbaar.

De commissie Effectieve Implementatie van ZonMw heeft de afgelopen drie jaar gepoogd de diverse activiteiten die onder de noemer implementatie plaatsvinden, niet alleen te inventariseren maar ook te duiden naar effectiviteit. Daarbij is het laatste jaar, mede gevoed door het advies ‘Van implementeren naar leren’ van de Gezondheidsraad, het inzicht gegroeid dat een kritische reflectie op de bestaande implementatiepraktijk gewenst is en dat nagegaan moet worden of de wijze waarop thans invulling aan het begrip ‘implementatie’ wordt gegeven op termijn wel de meest effectieve is.

De belangrijkste en veel gehoorde knelpunten op een rij:

- 1 De verspreiding en implementatie van nieuwe inzichten via richtlijnen en preventieve programma's is te beperkt. Door onvoldoende ‘verkeer’ tussen de praktijk en het onderzoek gebruikt de praktijk nieuwe kennis niet op tijd of onvoldoende. De bestaande benadering van implementatie moet aangevuld worden met andere benaderingen, die recht doen aan veranderende maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de toenemende samenwerking in de preventie- en



zorgpraktijk en de toenemende invloed van patiënten in het zorgproces.

- 2 Er zou nadruk gelegd moeten worden op de lerende professional en op het lerend vermogen van de organisaties waarbinnen professionals werkzaam zijn. Inzichten uit organisatiekunde, onderwijskunde en het bedrijfsleven zouden kunnen helpen meer dynamische (op leren gerichte) benaderingen op het gebied van implementatie toe te passen. Speciale aandacht moet er komen voor onderzoek naar de verandering van organisaties. Die inspanningen moeten overigens in nauwe samenhang met het veld (praktijk) plaatsvinden, om zo de betrokkenheid uit de praktijk te stimuleren en de afstand tussen ontwikkelaar/onderzoeker en gebruiker te verkleinen.
- 3 De individuele burger krijgt een steeds sterkere positie en raakt beter georganiseerd. De inbreng van de patiënt in het totale kennisproces is tot nu toe te beperkt (zie hoofdstuk 7).  
Patiëntenorganisaties beschikken over onvoldoende deskundigheid en capaciteit om invloed te kunnen uitoefenen. Een grotere inbreng vanuit de individuele patiënten en/of de patiëntenbeweging zou op verschillende niveaus kunnen worden georganiseerd.
- 4 Een overzicht van wat er gebeurt in de productie, synthese en transfer van kennis ontbreekt. Er is meer ondersteuning nodig om deze informatie boven tafel te krijgen. Er is behoefte aan meer specifieke kennis over wat wel en wat niet werkt als het gaat om toepassing van kennis op grote schaal. Er is meer aandacht nodig voor de kunde van innovatie en implementatie in de vorm van opleiding, training en scholingsmateriaal.

### **Veranderend denken**

Het denken over implementatie is aan het veranderen. Zowel het HTA-denken als de ideeën over onderzoeksprogrammering die bestonden bij het opzetten van ZON gaan uit van een planmatige benadering van de productie en de implementatie van wetenschappelijke kennis. Hoewel onderzoek op het terrein van de wetenschapsdynamica al begin jaren negentig liet zien dat de processen van kennisproductie en disseminatie complexer en minder gestructureerd verlopen dan in het HTA-denken wordt verondersteld, is eigenlijk pas in het rapport 'Van implementeren naar leren' van de Gezondheidsraad in 2000 helder gesteld dat een bredere modelmatige benadering nodig is om imple-

mentatie te kunnen duiden, begrijpen en uiteindelijk beïnvloeden. Studies naar belemmerende en bevorderende factoren en specifieke implementatiestrategieën maakten de complexiteit van implementatie eens te meer duidelijk en geven aan dat de bruikbaarheid van generaliserende inzichten grenzen kent.

Vanuit die gedachte ontstaat meer aandacht voor modellen en theorieën die zich richten op de dynamiek in sociale systemen. Het gebruik van kennis wordt hier meer vanuit het perspectief van leren benaderd en de nadruk ligt veeleer op systeembouw en het onderkennen van belangen en percepties. Daarmee wordt de werkelijkheid niet langer geconceptualiseerd als de (centrale) productie van pakketjes wetenschappelijke kennis die tot gedragsverandering van individuen moet leiden, maar proberen we grip te krijgen op de bestaande wijze van kennisverwerving en het leren van individuen als onderdeel van verschillende sociale systemen. Daarvoor is het vaak nodig om naast wetenschappelijke kennis, zoals geproduceerd door onderzoekers, ook te spreken over praktijkkennis die bestaat uit inzichten verworven door patiënten of zorgverleners op basis van eigen ervaringen, al dan niet door een gesystematiseerde dataverzameling.

Implementatie mag een positief neutrale term zijn, het veronderstelt altijd een veranderproces. Begrip over hoe en waarom groepen mensen überhaupt hun gedrag veranderen, is essentieel om zinvolle uitspraken over de effectiviteit van implementatie te kunnen doen.

### **Conclusies**

Ondanks de toename van kennis over goede zorg en preventie en de toename van inspanningen om die kennis in de praktijk in te voeren, blijven de resultaten achter bij de verwachtingen. Hoe komt dat en wat kan daaraan gedaan worden?

Veel uitstekende vernieuwingen bereiken een deel van de praktijk, maar blijven daar steken. Soms ligt dat aan onwil of onkunde van professionals, maar ook zijn allerlei meer organisatorische obstakels aanwezig, zoals onvoldoende tijd om de vernieuwing in te voeren, tegengestelde belangen van instellingen, geen commitment van management, strakke wet- en regelgeving, of onvoldoende ondersteuning van het vernieuwingsproces. Daarnaast is de inbreng van de

patiëntenbeweging in het kennisproces te beperkt, waardoor professionals en organisaties geen stimulans ervaren om de kwaliteit van de zorg verder te verbeteren. Er is te weinig communicatie tussen onderzoek en praktijk, waardoor resultaten uit onderzoek nogal eens te weinig relevantie voor de praktijk bevatten.

Verskillende rapporten en studies wijzen op de noodzaak van een paradigmaverandering in het implementatiedenken. De paradigmaverandering is te omschrijven als een zoektocht naar meer dynamische modellen die meer rekening houden met contextfactoren (zoals samenwerking in de zorg), wensen van professionals en inbreng van patiënten. Implementatie is meer dan de optelsom van de gedragsverandering van individuen en hangt ook nauw samen met de (sociale) context. Daarbij wordt onderkend dat het produceren en implementeren van (wetenschappelijke) kennis niet een waarde vrij proces is dat zich alleen technisch laat reguleren.

In het rapport 'Van implementeren naar leren' wijst ook de Gezondheidsraad op het belang van een theoretische verbreding in het denken over implementatieprocessen. Het zoeken naar nieuwe, aanvullende benaderingen om het gedrag van professionals te veranderen is nodig. Daarbij lijken vooral inzichten uit de organisatiekunde (complex adaptive system theory, lerende organisaties, belang van leiderschap en leren samenwerken), onderwijskunde (leerstijlen) en sociologie/psychologie (belangen/gedragsverandering) relevant.

## 2

# ZON, ZonMw en Effectieve Implementatie

*Jacomine Ravensbergen*

‘Denkend aan implementatie zie ik brede kennisstromen traag door oneindig zorgland gaan.’

Zo zou je, met enig cynisme, tegen het traject van implementatie aan kunnen kijken. Het aantal waardevolle ideeën, inzichten, werkwijzen en technische innovaties dat beschikbaar komt voor de gezondheidszorg is fenomenaal. Wat daarvan in vaktijdschriften wordt gepubliceerd vult al meer dan twee miljoen artikelen per jaar<sup>1</sup>. Maar hoe waardevol ook, kennis verspreidt zich niet vanzelf. Verspreiding en gebruik van kennis vereist specifieke activiteiten, liefst ingebed in het planmatig vernieuwen of verbeteren van de zorg of het preventiewerk. Tegelijkertijd wordt innovatie van zorg en preventie sterk lokaal gedicaat en wordt vaker gebruik gemaakt van lokale ervaringen en aldaar beschikbare expertise, dan van op wetenschappelijke evidentie gestoelde en meer algemeen geldende kennis. Binnen dit ‘duivels dilemma’ werkt ZonMw aan kennistransfer en implementatie.

Dit hoofdstuk laat zien hoe ZON en later ZonMw de afgelopen jaren met vallen en opstaan heeft gewerkt aan de implementatie van kennis en innovaties. Allereerst komt aan bod hoe ZonMw vanaf de basis implementatie heeft opgezet en op welke wijze implementatie onderdeel is geworden van het totale programmeerproces. Vervolgens wordt een tweetal specifieke activiteiten van ZonMw uitgebreid toegelicht: (1) de implementatiemonitor en (2) de resultaten van het programma ‘Effectieve Implementatie’.

### **Implementeren vanaf de basis**

Ten tijde van de oprichting van ZON was implementatie nog pionierswerk. Kennis over implementatie moest vanaf de basis worden opge-

bouwd. Dat maakte de opdracht aan ZON om implementatie krachtig te stimuleren tot meer dan een opdracht. Het was een uitdaging en één die ZON graag aannam. De noodzaak van implementatie was evident, maar op welke wijze kon ZON daar invulling aan geven? In de eerste jaren zette ZON vooral in op het ontwikkelen en uitdragen van een planmatige aanpak voor implementatie van resultaten uit ZON-programma's en projecten.<sup>2,3</sup> Deze planmatige aanpak is sterk gestoeld op wetenschappelijke theorieën en benaderingen van onder andere Rogers<sup>4</sup>, Havelock<sup>5</sup>, Lomas<sup>6</sup> en Grol<sup>7</sup>. Dit leidde tot een planningsmodel dat in essentie uit een viertal stappen bestaat:

- 1 analyse van de implementatiegerichtheid van de vernieuwing (*is de vernieuwing in deze vorm in de praktijk uitvoerbaar, is er vraag naar?*);
- 2 analyse van de context, inclusief de belemmerende en bevorderende factoren (*in welke setting en tijds kader wordt geïmplementeerd, wie en wat werkt mee of tegen?*);
- 3 keuze en samenstelling van implementatiestrategieën en plan van aanpak (*hoe te implementeren, uitgaande van bovenstaande analyses?*);
- 4 evaluatie van de resultaten (*wat heeft het opgeleverd?*).

ZON definieerde implementatie als volgt: *een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg.*<sup>2,3,7</sup> Deze omschrijving wordt ook nu nog gebruikt. Tegelijkertijd erkent ZonMw dat implementatie een cyclisch proces is met een hoge mate van onvoorspelbaarheid vanwege de vele factoren die meespelen. ZonMw probeert hier orde in te scheppen door elke stap van ontwikkeling, invoering en evaluatie, zo planmatig als mogelijk te laten verlopen. ZonMw legt daarbij de nadruk op de robuustheid van de vernieuwing, het vroeg anticiperen op implementatie en op het betrekken van relevante toekomstige gebruikers en andere sleutelfiguren bij de verschillende fasen van het proces.<sup>8</sup> Daarnaast beklemtoont ZonMw de noodzaak van een systematische aanpak van de verschillende stappen die genomen moeten worden. Hoewel deze stappen niet gemakkelijk direct en slechts zelden lineair op elkaar volgen, moeten deze in de optiek van ZonMw steeds gezet worden in een vaststaande richting met gebruik van reeds behaalde resultaten uit voorgaande stappen.

### Implementatie als integraal onderdeel van programmeren

Voor ZonMw begint implementatie direct bij de basis: de start van het programma. Ministeries en andere organisaties, geven opdrachten aan ZonMw om voor een bepaald gezondheids- of zorgvraagstuk kennis en oplossingen te vergaren en te beproeven. Elke opdracht werkt ZonMw uit tot een programma. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met deskundigen uit praktijk, wetenschap en beleid. In een programma verwoordt ZonMw wat het vraagstuk of knelpunt is, welke doelen worden nagestreefd en voor welke deelproblemen projecten en activiteiten moeten worden uitgevoerd. Programmeren betekent voor ZonMw ook de voorwaarden scheppen opdat praktijk, beleid en wetenschap beter op elkaar worden afgestemd en dat activiteiten worden uitgevoerd die berusten op beproefde principes.

Implementatie is een integraal onderdeel van het programmeren. Programma's worden dusdanig ingericht dat er van meet af aan rekening wordt gehouden met implementatiekansen van projecten. Eén van de consequenties van dit beleid is dat onderzoekers en andere projectuitvoerders alleen subsidie krijgen van ZonMw als zij binnen hun project rekening houden met de toekomstige implementatie van de projectresultaten. Die voorwaarde van ZonMw is niet zonder slag of stoot gerealiseerd. Het vergt van projectuitvoerders (vaak onderzoekers) een heel andere manier van kijken naar hun werk: ze moeten over de horizon van hun project heen durven en kunnen kijken.

ZON – en later ook ZonMw – heeft veel geïnvesteerd in het opbouwen van kennis over effectieve implementatiemethoden en -strategieën. Soms is kennis opgebouwd in specifieke programma's zoals het programma Effectieve Implementatie en het deelprogramma Implementatieonderzoek van het Preventieprogramma. Veel kennis heeft ZonMw al werkenderwijs zelf ontwikkeld, gesteund door kritische evaluaties van experts uit het veld.<sup>8,9,10,11</sup> Deze evaluaties baseerden zich op interviews met projectleiders, referenten, commissie- en werkgroepleden, medewerkers van ZonMw, opdrachtgevers en andere betrokkenen bij de ontwikkeling en uitvoering van ZonMw-programma's. Zo is het werk van ZonMw in de loop der tijd voorzien van een aantal instrumenten en structurele activiteiten voor *projecten*, *programma's* en *daarbuiten*. Deze komen in onderstaande achtereenvolgens aan bod.

Voor *projecten* is in het subsidieaanvraagformulier een aparte paragraaf voor kennisoverdracht (basaal onderzoek), implementatie (toegepast onderzoek en ontwikkeling) of bestendinging (implementatieprojecten) opgenomen. Op basis daarvan kan ZonMw niet alleen beoordelen op kwaliteit van het project maar ook op de bruikbaarheid van de projectresultaten voor toekomstige gebruikersgroepen. Die beoordeling kan ZonMw onder andere maken omdat een deel van de leden van de werkgroepen en commissies die de beoordeling uitvoeren, afkomstig is uit de praktijk en het beleidswerk.

De meeste grote projecten hebben een begeleidingsgroep waarin experts en toekomstige gebruikers zitten. Ook dat bevordert de uiteindelijke implementatiekansen van het project. ZonMw fungeert daarbij dikwijls als makelaar: zij legt contacten tussen mensen en brengt partijen bij elkaar. Projectuitvoerders gaan bij een subsidieverstrekking de verplichting aan voor hun project een verspreidings- en implementatieplan (VIP) te schrijven en uit te voeren. Om projectuitvoerders hierbij te ondersteunen – niet in elke projectgroep zit voldoende kennis op dit terrein – organiseert ZonMw speciale cursussen, heeft zij een implementatiechecklist ontwikkeld en geven speciaal daartoe aangestelde implementatieadviseurs van ZonMw gevraagd en ongevraagd advies.

Binnen *programma's* is het communicatie- en implementatieplan (CIP) een belangrijk onderdeel van het totale programmeerproces. Het CIP vormt een specifiek hoofdstuk in elke programmatekst. Daarnaast organiseren ZonMw-programma's voor projectleiders en andere belanghebbenden regelmatig bijeenkomsten over gemeenschappelijke en actuele thema's en implementatietopics. Op deze bijeenkomsten brengt ZonMw de verschillende relevante stakeholders bij elkaar, zoals:

- gebruikers: artsen, preventiewerkers GGD, verpleegsters;
- beslissers: managers instellingen, bestuur beroepsverenigingen, directie koepels, bestuurders algemeen;
- beleidsmakers: landelijk, regionaal en lokaal beleid, kennisinstutenten, koepels;
- einddoelgroepen: patiënten, consumenten, algemeen publiek;
- onderzoekers: universiteiten, kennisinstutenten;
- invoerders: landelijke instutenten als CBO, NIGZ, Trimbos-instutent, NHG.

ZonMw doet *daarbuiten* veel inspanningen om implementatie hoog op de agenda te krijgen ('repeating the message') en deelt haar kennis graag en vaak met anderen in het veld. ZonMw participeert actief in netwerkvorming, bijvoorbeeld via werkconferenties, workshops, presentaties, publicaties, werkbezoeken en het nationale implementatiecongres 'Kennis Beter Delen'. Ook creëert ZonMw netwerken van producenten en gebruikers van kennis en innovaties. Dat gebeurt op specifieke onderwerpen via de genoemde bijeenkomsten met projectleiders en anderen en op bredere schaal bijvoorbeeld via het Landelijk Implementatieplatform, de Klankbordgroep Ouderen en het HTA-platform.

**Kenmerken van een aantal belangrijke determinanten van verspreiding en implementatie van innovaties waarop het ZonMw-beleid gestoeld is**

*1 De innovatie*

- het relatieve voordeel boven de bestaande praktijk
- de mate waarin deze beantwoordt aan behoeften van de beoogde gebruikers
- de mate waarin deze past bij bestaande normen en werkwijzen
- de mogelijkheid om de innovatie uit te proberen en zo nodig te modificeren
- de meetbaarheid van de resultaten van vernieuwing
- de eenvoud van toepassing en de tijdsinvestering
- het afbreukrisico

*2 De organisatie waarin de vernieuwing plaatsvindt*

- werksfeer en sociale interactie
- interesse voor en belang bij vernieuwing
- besluitvormingsproces en leiderschap
- grootte en structuur

*3 Het individu dat de vernieuwing ondergaat*

- leeftijd, opleiding, ervaring met eerdere vernieuwing, positie in netwerk
- eigen effectiviteit, attitude ten aanzien van innovatie



#### 4 *De sociale, politieke en culturele context*

- de maatschappelijke en politieke actualiteit
- brandende kwesties binnen de beroepsgroep of organisatie
- verandering van omgeving: wet- en regelgeving, opleiding, financiering
- cultuur- en domeinverschillen, verkokering

#### 5 *De implementatiestrategie(ën)*

- communicatie naar beoogde gebruikers en te betrekken actoren uit andere doelgroepen
- motiveren van beoogde gebruikers, bevorderen van adoptie van de innovatie
- ondersteunen van gebruik van de innovatie en bevorderen eigen effectiviteit en vaardigheid
- bestendiging en verankering van de innovatie
- interactieve netwerkbenadering, vorming van verbindings- of netwerkgroep met betrokken actoren, zoals gebruikers, ondersteunende organisaties, onderzoekers, ontwikkelaars, financiers, einddoelgroep

### **Monitoren van implementatie**

Naast de eerdergenoemde evaluaties heeft ZonMw door het NIVEL een ‘implementatiemonitor’ laten ontwikkelen.<sup>12</sup> Met dit instrument is de implementatiegerichtheid van programma’s en implementatieprojecten in kaart gebracht en genormeerd. De implementatiemonitor bevat ook instrumenten om de impact van geïmplementeerde resultaten uit ZonMw projecten in de praktijk van zorg en preventie te meten. In een validatiestudie<sup>13</sup> is met deze implementatiemonitor gezocht naar een relatie tussen de implementatievoornemens zoals deze beschreven zijn in de projectplannen en de daadwerkelijke uitkomsten van het implementatieproject. Leiden implementatievoornemens daadwerkelijk tot resultaten in de praktijk? En is dat verband meetbaar met de implementatiemonitor?

Voor deze studie zijn 77 afgeronde projecten geselecteerd. Een goed implementatieresultaat definieerden zij met de metafoor van het estafettestokje: ‘stokje doorgegeven én aangepakt’ wil zeggen dat het resul-

taat aan de volgende gebruiker(s) is doorgegeven en daadwerkelijk door hen in gebruik is genomen.

Het onderzoek toonde aan dat:

- 1 de analyses met de monitor van de implementatiegerichtheid van projectvoorstellen bij de start van een project, een significante en positieve correlatie vertoont met een daadwerkelijke succesvolle implementatie later;
- 2 de set van vragen, en criteria die ZonMw gebruikt voor de beoordeling van de implementatievoorstellen, daadwerkelijk van invloed zijn op de uitkomsten van het implementatieproject;
- 3 goede planning van het implementatietraject en voldoende budget een noodzakelijke basis (maar geen garantie) is voor succes.

De uitkomsten van deze studie geven aanleiding tot vreugde: ‘ZonMw implementatiebeleid werkt’, maar ook tot nadenken: ‘Hoe kan dit beleid strakker, consequenter en meer op maat worden doorgevoerd’.

De conclusies die ZonMw trok uit de uitkomsten van deze studie laten zich samenvatten in drie punten:

- 1 Het verband tussen ‘beloven’ en ‘uitkomst’ noopt tot een heldere belofte, duidelijk geformuleerd en liefst met commitment van tevoren van de beoogde gebruikers.
- 2 Een goede implementatieaanpak bestaat meestal uit een mix van strategieën en een planmatige aanpak. De rationale van de keuze kan nog beter worden beschreven en onderbouwd vanuit de analyse van de context.
- 3 Een belangrijke succesfactor is de duur van het implementatieproject en het daaraan gekoppelde budget.

### **Het programma Effectieve Implementatie**

In 1998 startte ZON het programma Effectieve Implementatie. Het programma is bedoeld om de kwaliteit van implementatie- en ontwikkelprojecten te bevorderen en de implementatieopdracht van ZON (inmiddels ZonMw) meer handen en voeten te geven. Het programma heeft veel nieuwe en bruikbare kennis opgeleverd. Onderstaand een korte weergave van resultaten uit het programma, ingedeeld in (a) het kennisdomein, (b) de kennisinfrastructuur en (c) het ZonMw-beleid.

### *Het kennisdomein*

De actuele kennis op het gebied van de implementatie is waarschijnlijk het best verwoord in het standaardwerk van Grol en Wensing: 'Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg'.<sup>7</sup> Voor het programma Effectieve Implementatie is onder meer de literatuurstudie 'Effectieve Implementatie: theorieën en strategieën'<sup>14</sup> uitgevoerd, waarvan de resultaten zowel in de ZonMw-publicatie 'Praktisch nieuw'<sup>15</sup> als in het genoemde standaardwerk zijn opgenomen. Deze studies brengen drie belangrijke zaken aan het licht:

- 1 Implementatievraagstukken zijn bij uitstek benaderbaar vanuit verschillende theoretische invalshoeken. Theorieën uit de (sociale) psychologie, onderwijskunde, organisatiekunde, marketing, bestuurskunde en economie, leveren allen aanknopingspunten voor aanpak van invoering van nieuwe inzichten in de praktijk. De theorieën zijn nog lang niet alle empirisch getoetst. We weten dus nog niet goed of ze goed voorspellen of een implementatie succesvol zal verlopen.
- 2 Er zijn veel implementatiestrategieën mogelijk. Uit het onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende strategieën blijkt dat er niet één optimale interventie is. De meeste interventies zijn los van elkaar in bepaalde mate effectief en het effect is sterk gerelateerd aan de context waarin is geïmplementeerd. Wanneer verschillende interventies gecombineerd worden zijn de kansen op succes groter.
- 3 Het in gebruik nemen van nieuwe inzichten is vaak een langdurig proces. De meeste implementaties verlopen trapsgewijs waarin achteraf de volgende stappen herkenbaar zijn: bewustwording, attitudevorming, experimenteren, toepassen, goed toepassen. Vanwege dit procesmatige karakter van het veranderingsproces is het van belang doelgroepen al in een vroeg stadium te informeren over en te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe inzichten.

#### **Aanpak op maat**

De meeste kans op succesvolle implementatie valt te verwachten van een op maat gesneden aanpak. De aanpak moet dan bestaan uit de volgende elementen:

- de te realiseren doelen op proces en uitkomstniveau

- de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren om die doelen te bereiken
- de indicatoren ter vaststelling van het bereiken van de gewenste doelen
- de uitvoering van passende strategieën waarmee de doelen gerealiseerd kunnen worden
- de vaststelling van de resultaten

In het programma Effectieve Implementatie<sup>13,16,17</sup> zijn verder verschillende studies uitgevoerd naar succes- en faalfactoren bij implementatie.

### **Succes en faalfactoren die invloed hebben op het implementatieresultaat**

#### *Faalfactoren*

- doelen zijn onvoldoende SMART: specifiek geformuleerd, gericht op concrete en meetbare resultaten, acceptabel voor de doelgroep, relevant voor de context en tijdgebonden voor het bereiken van de doelstelling
- gebrek aan bestuurlijke inbedding van het project en de resultaten na afloop
- keuze van interventies in stappenplan onvoldoende empirisch of theoretisch onderbouwd
- keuze van interventies in stappenplan onvoldoende vanuit de contextanalyse onderbouwd

#### *Succesfactoren*

- de kwaliteit van de projectleider: leiderschap, enthousiasme, overtuigingskracht
- inbreng van patiëntenorganisaties, zowel bestuurlijk als inhoudelijk
- combinatie van kennis in de projectgroep
- gedegen projectmanagement en een goede voorbereiding
- een uitgewerkt plan en een afgezonderd budget voor de vervolgstap
- belangstelling voor evaluaties en metingen
- lokale ervaring met vernieuwingen

### *De kennisinfrastructuur*

Binnen het programma Effectieve Implementatie zijn in samenwerking met de KNMG<sup>18</sup> en de LCVV<sup>19</sup> twee verkennende onderzoeken gedaan naar de bestaande infrastructuur voor disseminatie en implementatie van kennis in de praktijk van medische en verpleegkundige beroepsgroepen. Verder is in het laatste jaar van het programma een vergelijkbare studie gestart voor een aantal paramedische beroepsgroepen. Bij de medische beroepsgroepen ligt bij het gehele kennisproces vanaf de productie, de synthese tot aan de transfer van kennis, de nadruk op de monodisciplinaire ontwikkeling en verspreiding van kennis. Zo hebben de specialisten en de huisartsen ieder hun eigen ontwikkel- en implementatiecentra. Dat draagt in hoge mate bij aan de herkenbaarheid en de kwaliteit van de betreffende beroepsgroep. De keerzijde is dat samenwerking op terreinen waar twee of meerdere beroepsgroepen actief zijn, maar mondjesmaat tot stand komt. Hoewel het onderwerp implementatie inmiddels op de agenda's van beleid en onderzoek voorkomt – en dus van groot belang wordt geacht – wordt er naar verhouding slechts een klein deel van het budget aan implementatie besteed. De professionele autonomie van de medische beroepsgroepen maakt dat het gedrag van de medische professional lastig te beïnvloeden is. Vernieuwingen die de verdenking en het imago hebben deze autonomie te beperken, bijvoorbeeld richtlijnen, blijken lastig te implementeren.

Een geheel ander beeld is te zien bij de verspreiding en implementatie van wetenschappelijke kennis in de verpleging en de verzorging. Op dat terrein zijn meerdere organisaties actief, maar de aard en het type implementatieactiviteiten verschilt per organisatie. Je zou kunnen spreken van een lappendeken van activiteiten die niet goed op elkaar zijn afgestemd. Daarnaast werden er tekortkomingen in de infrastructuur en randvoorwaarden geconstateerd, zoals het ontbreken van landelijke programmering van verpleegkundig onderzoek en onvoldoende middelen voor verspreiding en implementatie dan wel voor onderzoek naar effectieve strategieën. Er is verder onvoldoende zicht op beschikbare kennis uit onderzoek. Het initiële onderwijs is te weinig gebaseerd op de bestaande evidence en lokaal ontbreken voorwaarden voor implementatie. Inmiddels is met het ZonMw-programma 'Tussen weten en doen' en de omvorming van het LCVV tot een Landelijk

Expertisecentrum voor de Verpleging en de Verzorging al wel het één en ander aan de oplossing van het geconstateerde probleem gedaan. De toekomstige samenwerking tussen ZonMw en het LEVV maakt dat de resultaten van het genoemde programma en het vervolg via het LEVV een goede verspreidings- en implementatiemogelijkheid hebben.

### *Het ZonMw-beleid*

Een deel van het programma Effectieve Implementatie onderzocht het functioneren van het ZonMw-beleid. Voldoen de gebruikte implementatiecriteria bij de beoordeling van projectvoorstellen? Onderzoekers<sup>12</sup> concludeerden dat de typologie van projecten die door het toenmalige ZON werd gebruikt, in combinatie met andere factoren (zoals onbekendheid met het implementatiegedachtegoed), bij een aanzienlijk deel van de van projectindieners, referenten en leden van de programmacommissies bijdraagt aan een ambivalentie over de helderheid en de bruikbaarheid van de implementatiecriteria. Hierdoor bestond het risico dat de criteria teveel symbolisch werden toegepast. De uitkomsten van het onderzoek leidden tot een advies van de commissie Effectieve Implementatie over aanpassing van de criteria en vereenvoudiging van de projecttypologie. Inmiddels is dit advies geoperationaliseerd in de nieuwe procedures voor ZonMw.

### **Conclusies**

De werkwijze van ZonMw had en heeft successen: de kwaliteit en bruikbaarheid van de ontwikkelde kennis en innovaties is verbeterd, evenals de transparantie van de werkwijze en het beschikbaar komen van de verkregen kennis voor de gezondheidszorg en onderzoek. De planmatige aanpak van implementatie, zowel binnen het proces van programmeren als binnen de projecten, werpt zijn vruchten af. Steeds meer projectresultaten zijn implementeerbaar. ZonMw heeft haar proces van implementatie voorzien van een wetenschappelijke onderbouwing. De door het Nivel in opdracht van ZonMw ontwikkelde implementatiemonitor geeft inzicht in de relatie tussen een planmatige aanpak en de resultaten van implementatie.

Het besef dringt door dat de maatschappelijke waarde van onderzoek ook gerelateerd is aan de mate waarin de onderzoeksresultaten

gebruikt worden binnen de zorg en preventie. De inspanningen van (onder andere) ZonMw hebben er toe geleid dat implementatie op de agenda's staat bij beleid, praktijk en onderzoek. Ook bij partijen die dat tot voor kort niet gewoon waren. Zo is een verandering zichtbaar in het kwaliteitsdenken in het wetenschappelijke onderzoek, nu nog grotendeels gebaseerd op intrinsieke wetenschappelijke kwaliteit, gemeten op basis van publicaties in peer-reviewde, geïndexeerde, internationale, wetenschappelijke tijdschriften. Het besef groeit dat, hoe hoog de science citation index van het tijdschrift van de publicaties ook is, als vervolgens geen enkele gebruiker van het onderzoeksresultaat hier 'brood' in ziet, de resultaten maatschappelijk gezien mager blijven.<sup>20,21,22</sup>

Dat de implementatie-inspanningen van ZonMw nog niet altijd meetbare effecten op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven hebben, is deels te wijten aan het korte bestaan van ZonMw. Veel implementatieprojecten en programma's zijn nog niet of nauwelijks afgerond en de impact van implementatie is pas na enige tijd te meten. Zo meet de Stichting Technische Wetenschappen van NWO de impact van hun projecten feitelijk pas na 9 jaar, met een tussentijdse meting na 5 jaar.<sup>23</sup> Daarnaast bestaat het overgrote deel van de programma's van ZonMw uit projecten die in hun experimentele setting een meetbaar effect kunnen hebben, maar waarvan een breder gebruik van die resultaten nog enige tijd en de juiste aanpak nodig heeft. Dat steeds meer ZonMw-projectresultaten implementeerbaar zijn wil nog niet zeggen dat ze – zonder enige extra inspanning – daadwerkelijk geïmplementeerd worden.

Gebruikers uit de praktijk verwerven vaak op een andere wijze kennis dan via min of meer lineaire en logische vervolgstappen en gebruiken ook andere dan wetenschappelijke kennis. Dat heeft de afgelopen jaren een kentering teweeggebracht in het denken over kennis, kennisontwikkeling en kennisgebruik.<sup>24</sup> Een kentering die niet aan ZonMw is voorbijgegaan. ZonMw brengt de bruikbare kennis zoveel als mogelijk is naar de potentiële of vragende gebruiker. De wijze waarop deze de nieuwe kennis of interventie vervolgens in het handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg wordt ingevoerd, verschilt en behoeft meer dan alleen planmatige strategieën.

De praktijk is weerbarstiger dan de theorie. Niet voor niets zoekt ZonMw nieuwe wegen om beter aan te sluiten bij de dynamiek van de praktijk. Dat doet niets af aan de resultaten die er al wel zijn geboekt. De huidige opvattingen over een planmatige gestructureerde aanpak van implementatie zijn zowel bruikbaar als waardevol. Zij verdienen aanvulling met modellen die meer aandacht besteden aan het dynamische proces van implementatie.

### Referenties

- 1 Mulrow C. Rationale for systematic reviews. *BMJ* 1994;309:597-599.
- 2 ZorgOnderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Beleidskader Implementatie ZON 1997-1999. ZON Den Haag, 1998.
- 3 ZorgOnderzoek Nederland. Met het oog op verandering. Beleidskader Implementatie ZON 2000-2002. ZON Den Haag, 2001.
- 4 Rogers EM. *Diffusion of Innovations* (3rd ed.) Free Press New York, 1995.
- 5 Havelock R. *Planning for innovation through dissemination and utilization of knowledge*. Institute for Social Research University of Michigan Ann Arbor, 1971.
- 6 Lomas J. *Beyond the sound of handclapping: a discussion document on improving health research and dissemination update*. University of Sydney, 1997.
- 7 Grol RPTM en Wensing M. *Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Elsevier Gezondheidszorg Maarsen, 2001.
- 8 Bosch M. *Anticiperen op implementeren. Een inventarisatie onder projectleiders van interventiegerichte ontwikkelingsprojecten binnen ZonMw*. Universiteit Maastricht, 2002.
- 9 Klazinga NS en Plochg T. *Discussienota ZON: Onderzoek en ontwikkeling als functies van beleid en praktijk in de gezondheidszorg*. Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. ZON Den Haag, 1999.
- 10 De Man F. *Meer dan een pot honing*. ZON Den Haag, 1999.
- 11 De Jong ORW, Verlaan ML, Fleuren MAH en Paulussen TGWM. *Determinanten kun je niet implementeren; onderzoek naar de bruikbaarheid en toepasbaarheid van de implementatiecriteria van ZON*. ZON/TNO-PG Den Haag, 2001.
- 13 Heiligers Ph, Calsbeek H en Friele R. *Ontwikkeling Implementatiemonitor ZON*. NIVEL Utrecht, 2001.



- 14 Theunissen NCM, te Pas SME, Friele RD. Evaluatie Implementatiemonitor ZonMW: onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en -uitkomsten. NIVEL Utrecht, 2003.
- 15 Hulscher M, Wensing M en Grol RPTM. Effectieve Implementatie: Theorieën en Strategieën. ZON Den Haag, 2000.
- 16 Wensing M, Van Splunteren P, Hulscher M en Grol R. Praktisch Nieuw; Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Van Gorkum Assen, 2000.
- 17 Laurant M, Harmsen M en Wensing M. Implementatie van beweegprogramma's voor ouderen. Belemmerende en bevorderende factoren voor succesvolle implementatie. WOK Centre for Quality of Care research Nijmegen, 2003.
- 18 Fleuren MAH, Wiefferink CH en Paulussen TGWM. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. TNO-PG Leiden, 2002.
- 19 Van Meurs PL, Van Splunteren PT en Van der Werf WTPF. Disseminatie en Implementatie van Kennis. KNMG/ZON Utrecht/Den Haag, 1998.
- 20 Van Linge RH, Heijnen Y, Zandvliet J en Van Splunteren PT. Disseminatie en implementatie van kennis in de verpleging. LCCV/ZON. ZON Den Haag, 2001.
- 21 Smith R. Unscientific practice flourishes in science: impact factors of journals should never be used in research assessments. *BMJ* 1998;316:1036-40.
- 22 Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen. The societal impact of applied health research. Towards a quality assessment system. KNAW Amsterdam, 2002.
- 23 Van Weel C. Kwaliteitsbeoordeling van medisch wetenschappelijk onderzoek: voortaan ook op grond van maatschappelijke implicaties. *NTvG* 2003;147:233-5
- 24 Utilisatierapport 2002. Technologiestichting STW Utrecht, 2002.
- 25 Gezondheidsraad. Van implementeren naar leren. Gezondheidsraad Den Haag, 2000, publicatienummer 2000/18.

### 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.<sup>1,2</sup> 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 'kennisintermediaren'.<sup>3</sup> De uitspraken van deze negen geïnterviewden illustreren de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur.

## Wat is kennismangement?

Theorie-ontwikkeling over kennismangement 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 kennismangement 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'*.<sup>3</sup>

Onderzoek en ervaring op het terrein van kennismangement 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 kennismangement en onderscheidden daarin vijf perspectieven.<sup>4</sup> Een zesde perspectief werd gevonden in Bertrams.<sup>1</sup>

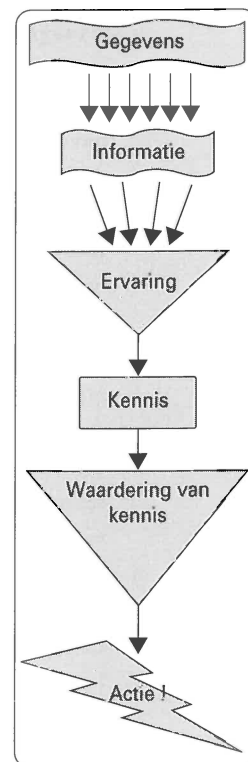
- 1 Strategie/leiderschapperspectief: hoe kan kennis strategische doelen bevorderen? Dit is voor de instelling cruciale kennis, de kennis die de basis vormt voor het concurrentievoordeel van de organisatie. Dit kan vak kennis, marktkennis, klantkennis en bedrijfskennis zijn.<sup>1,4</sup>
- 2 Kennisinhoud/praktijkperspectief: welke kennis moet er worden 'gemanaged'? Deze keuze is contextafhankelijk<sup>4</sup> en hangt samen met wat de instelling ziet als cruciale kennis.<sup>1</sup> 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.<sup>5</sup>
- 3 Technologieperspectief: hoe kunnen informatie- en communicatietechnologieën worden ingezet voor het vastleggen en verspreiden van kennis (bv. databases, intranet en internet)?<sup>4</sup>
- 4 Veranderingsmanagement/herontwerpperspectief: welke verandering is voor kennisvergroting nodig in organisatie en cultuur? <sup>4</sup>
- 5 Cultuurperspectief: hoe kan kennismangement aansluiten bij de bestaande bedrijfscultuur,<sup>6</sup> hoe ongrijpbaar<sup>4</sup> en hardnekkig<sup>7</sup> 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.<sup>1</sup>

De perspectieven op kennismangement 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 langgaan om wat te vragen.<sup>5</sup> Uit een onderzoek bij 431 organisaties in de Verenigde Staten en Europa blijkt dat organisaties hun kennismangementactiviteiten 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 kennismangement om mensen gaat die iets moeten doen met kennis.<sup>2</sup> 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.<sup>2</sup> In het licht van het vierde perspectief – veranderingsmanagement – is het belangrijk alle aanwezige perspectieven in kaart te brengen en op elkaar af te stemmen.<sup>4</sup> Er wordt ook wel gesproken van een ideale verhouding tussen mensen, processen en technologie van 50/25/25.<sup>2</sup>

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

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 kennismangementliteratuur. 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.<sup>8</sup> Welke soorten kennis zijn er in de kennismangementliteratuur 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. Meninge n 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.<sup>1</sup> Kennis is het product van informatie, ervaring, vaardigheid en attitude waarover iemand beschikt. Dit wordt ook wel aangeduid met de formule:  $K=I \cdot EVA$ .<sup>1</sup> Zonder bewerking is kennis inert en statisch, slechts een ongeorganiseerde hoop informatie. Informatie is ongeorganiseerd, kennis heeft structuur door betekenisgeving.<sup>9</sup>

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 kennismangementliteratuur 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<sup>1</sup>, of

kennis op individueel en op organisatieniveau.<sup>4</sup> Daarnaast zijn er meer conceptuele vormen van kennis. De meest gebruikte indeling is die tussen expliciete en impliciete kennis.<sup>1,4,5,9,10</sup> 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.<sup>5</sup>

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.<sup>11</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>12</sup>

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 hypothesen’, en ‘ongefundeerde aannames’.<sup>13</sup> 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 Harts slag 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.<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup>

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.<sup>10</sup>

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 hypothesen vaak voldoende.<sup>13</sup>

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.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

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 hypothesen. 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.<sup>18</sup>

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 hypothesen 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.<sup>1</sup> 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<sup>13</sup>, of kan hij op grond van vaardigheden de nieuwe kennis beoordelen als onbruikbaar in de praktijk.<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup> 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.”

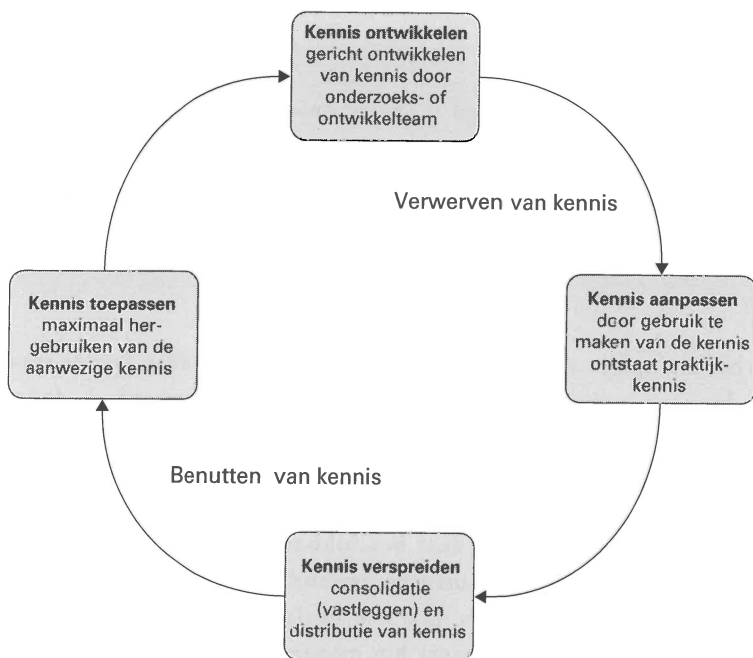
### *De kennisontwikkelingscyclus*

Het dynamische proces van verwerven en benutten van kennis is veelvuldig beschreven in de kennismanagementliteratuur en is ondermeer te vinden onder de namen kennisontwikkelingscyclus, kennispiraal<sup>8</sup>, kennisstroom<sup>1</sup>, of kenniswiel.<sup>5</sup> 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’.<sup>5</sup> Figuur 2 geeft de schematische weergave van een dergelijke ontwikkelingscyclus.

De verwervingsfase begint met *kennis ontwikkelen*.<sup>1,9</sup> 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.<sup>9</sup>

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

Figuur 2. Schematische weergave van een kennisontwikkelingscyclus



substitutie (een alternatief bieden voor populaire producten of praktijken die op andere wijze toch gelijksoortige functionaliteit bieden).<sup>9</sup>

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.<sup>9</sup>

Een cultuurvoorwaarde is dat mensen in de organisatie willen leren (de 'lerende professionals') en dat het management leergedrag ondersteunt.<sup>1</sup>

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.<sup>9</sup> In deze fase is sprake van *kennis verspreiden (diffusie)*.<sup>1,4,9</sup> Een cultuurvoorwaarde is dat mensen het normaal vinden kennis te delen.<sup>1,5</sup> Daarnaast moet het de gewoonte zijn eerst te onderzoeken of bepaalde kennis al ergens voorhanden is, alvorens deze zelf te ontwikkelen.<sup>1,4</sup> 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.<sup>1,9</sup> Hoe beter de kennis te bereiken is, des te makkelijker deze kan worden beoordeeld en aangewend binnen of buiten de organisatie.<sup>7,9</sup>

De benuttingsfase bestaat ook uit *kennis toepassen*, een maximaal hergebruiken van de aanwezig kennis.<sup>1,4,9</sup> 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.<sup>1</sup>

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.<sup>9</sup> De private sector blijkt relatief weinig tijd te steken in kennisontwikkeling.<sup>2</sup> 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.<sup>11</sup>

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.<sup>8</sup>

**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-



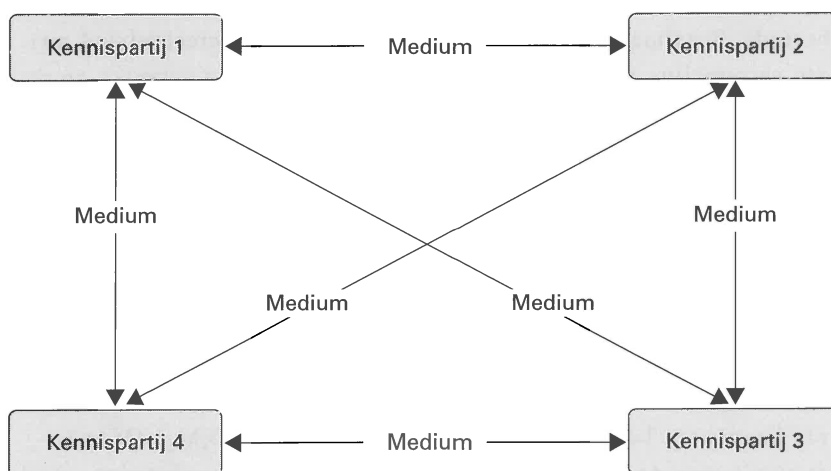
opslag wat het delen van kennis bemoeilijkt.<sup>5</sup> Bovenal is het belangrijk dat de reeds aanwezige kennis beschikbaar is, wat staat of valt met kennisuitwisseling tussen individuen binnen organisaties<sup>9</sup>, maar ook tussen organisaties om daarmee ‘kennisverzuiling’ te voorkomen.<sup>11</sup> 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 kennismangement 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 taakin-vulling 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).<sup>21</sup> Of er is discussie over de vraag of een kenniscentrum naast een kennisverspreidende functie ook al dan niet een behandelfunctie aan moet bieden.<sup>22</sup>

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.<sup>11</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>23</sup>

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.<sup>11</sup>

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.<sup>11</sup>

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.<sup>19</sup> 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).<sup>11</sup>

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.<sup>3</sup>

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.<sup>19</sup>

### *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.<sup>24,25</sup> 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 videoconferenties; 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 kostte 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.<sup>17</sup>

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.<sup>5</sup> 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.<sup>5,25</sup>

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.<sup>16</sup> En zoals eerder beschreven vinden mensen de vereiste tijd en inspanning belangrijker dan de kwaliteit van de informatiebron.<sup>16</sup> Ook protocollen en richtlijnen ontwikkeld door collega's zijn populair, aldus een vragenlijstonderzoek uit 1998 onder 302 Engelse huisartsen.<sup>26</sup> De onderzochte huisartsen misten overigens kennis die meer toegespitst was op de dagelijkse praktijk en mede daarom waren collega's een veelgebruikte kennisbron.<sup>16</sup> 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.<sup>17</sup>

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<sup>18</sup>, via weekbladen of en televisieprogramma's. Inmiddels zoeken van de 8 miljoen internettende Nederlanders zo'n 6 miljoen mensen naar informatie over gezondheid.<sup>14</sup> Internet wordt vooral gebruikt voor het opzoeken van informatie over verschijnselen van een bepaalde ziekte.<sup>14</sup> 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.<sup>14</sup> 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 het soort kennis dat moet worden overgedragen, rekening houdend met de 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 gaat 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.<sup>8</sup> 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 kennismagementliteratuur zouden kunnen leren over het implementeren van kennis, en het dichten van de geconstateerde kloof tussen wetenschap en praktijk. Met het begrip kennismagement 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 resultaten van onderzoek, slechts een factor is die een rol speelt bij het nemen van beslissingen. Mensen blijken minder rationele beslissers dan vaak verondersteld wordt. Bovendien blijken allerlei andere factoren er toe te doen, zoals bijvoorbeeld voor beleidsmakers het moment waarop de kennis wordt aangeboden.<sup>27</sup>

Tot dusver is er eenzijdige aandacht in het implementatiedenken voor de kenmerken van de innovatie. Er moet daarom meer gebruik worden gemaakt van de al beschikbare kennis over werkprocessen, kenmerken en context van gebruikers en de factoren die de beslissingen, keuzes en het handelen van deze gebruikers bepalen. Inzicht hierin bevordert dat in de toekomst de tot dusver aanbodgestuurde implementatie van kennis kan worden omgebogen naar een meer vraaggestuurde benadering. Dit heeft consequenties voor en geeft een gerichte sturing aan de ontwikkeling van een kennisinfrastructuur. Er dient in samenspraak met alle kennispartijen te worden gewerkt aan de ontwikkeling van geschikte media en infrastructuren voor kennisoverdracht. Het uiteindelijke doel hiervan is en blijft een stimulering van gebruik van kennis en daarmee het evidence based werken in de zorg en preventie.

### Referenties

1. Bertrams J. De kennisdelende organisatie: kunst & praktijk van het hergebruik van kennis. Scriptum Management, Schiedam, 1999.
2. Ruggles R. The state of the notion: knowledge management in practice. *California Management Review* 1998;40;3:80-89.
3. Duivenboden H van, Lips M, Frissen P, editors. Kennismanagement in de publieke sector. Elsevier bedrijfsinformatie bv, Den Haag, 1999.
4. De Long D, Seemann P. Confronting conceptual confusion and conflict in 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 knowledge. *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 Steenbakkens, 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.

## 4

# Kijkjes in andermans keuken

Ontwikkelingen in bedrijfsleven, buitenlandse gezondheidszorg en onderwijs

*Marije Bosch, Peter van Splunteren en Michel Wensing*

In dit hoofdstuk bieden wij u een overzicht van een aantal ontwikkelingen buiten de Nederlandse gezondheidszorg die naar ons idee het gedachteproces over implementatie kunnen stimuleren. Het is geen uitputtend overzicht maar meer een samenstel van *dé* ontwikkelingen, waarvan wij dachten: ‘Hé, dat is boeiend, zouden we daar iets mee kunnen?’ Wat wij voor ogen hebben met dit hoofdstuk is u en onszelf aan het denken zetten over wat we kunnen met ontwikkelingen die elders plaatsvinden. Waarbij wij u van harte uitnodigen om ook zelf eens op zoek te gaan buiten de bekende kaders en ons daar vervolgens deelgenoot van te maken. Want is dat niet – om het nu eens wat minder wetenschappelijk uit te drukken – wat implementatie in essentie is? Van elkaar en met elkaar leren om vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de grond te krijgen!

Wij hebben onze kijkjes in andermans keuken beperkt tot drie gebieden: het bedrijfsleven, de buitenlandse gezondheidszorg en het onderwijs. Eerst nemen wij u mee naar het bedrijfsleven en gaan we in op theorie en praktijk van ‘complex adaptive systems’ (CAS). Een benadering die inmiddels ook gebruikt wordt bij hervormingen in de gezondheidszorg in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië. Ook daar laten we u iets van zien. Uit het bedrijfsleven komt verder een voorbeeld over de kracht van inspirerend leidinggeven: de successtory van Jack Welch, directeur van General Electric. Daarna besteden we aandacht aan een fenomeen uit het onderwijs: e-learning, en kijken we wat we daar in de gezondheidszorg wel of niet mee kunnen. Verder geven we in een kadertekst een bondig overzicht van onderwerpen en aandachtspunten die spelen in buitenlandse onderzoeksprogramma’s.

## Complex adaptief systeem

Bij het huidige denken over implementatie wijzen we er vaak op dat we meer rekening moeten houden met de dynamiek in organisaties waarbinnen we veranderingen willen bewerkstelligen. Die dynamiek komt in het bedrijfsleven goed tot uitdrukking in de definitie van een Complex Adaptief Systeem (CAS): 'een verzameling individuen met de vrijheid om te reageren op manieren die niet altijd voorspelbaar zijn, en wiens acties verbonden zijn met die van anderen, zodat de actie van de één de context van de ander verandert' (Plesk, 2001).

Centraal in dit concept staat het onderscheid tussen complexe *mechanische* systemen zoals de klimaatbeheersing van een gebouw, en complex *adaptieve* systemen. Bij een complex mechanisch systeem is goed te voorspellen hoe het systeem zal reageren op een bepaalde stimulus. Bij complexe adaptieve systemen is de voorspelbaarheid een stuk minder groot. Voorbeelden hiervan zijn het immuunsysteem, een kolonie termieten, de optiebeurs en een willekeurige samenstelling van een groep mensen, zoals een gezin, vereniging of organisatie. De onderdelen van een CAS hebben een grote mate van beslismacht en vrijheid om te reageren op stimuli.

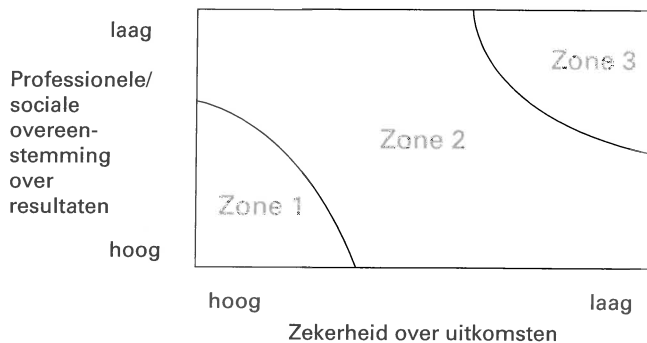
De CAS-systemen bezitten *adaptieve onderdelen*, onderdelen die uit zichzelf kunnen veranderen. Omdat de verschillende onderdelen met elkaar in verbinding staan en elkaar beïnvloeden *komt nieuw gedrag veel voor* en geldt er *non-lineariteit*: kleine veranderingen kunnen grote gevolgen hebben. Dit zorgt er voor dat CAS-systemen *niet in detail voorspelbaar* zijn. Doordat systemen meestal onderdeel zijn van grotere systemen is de *context bepalend*. Het heeft weinig zin slechts een onderdeel van een CAS te bestuderen zonder het gehele systeem in een analyse te betrekken. Vooruitgang en creativiteit ontstaan door *continu balanceren tussen spanning en evenwicht*. Bovendien geldt het principe van *zelforganisatie*. Orde, creativiteit en vooruitgang ontstaan vanuit de interacties vanzelf: centrale sturing van buitenaf is niet nodig (Plesk et al., 1997). Ten slotte maakt CAS gebruik van *simpele regels*. Het is een verrassend fenomeen dat wijziging van deze simpele regels kan leiden tot forse en innovatieve veranderingen in het systeem. Een voorbeeld van de toepassing van dergelijke regels in de biologie is te vinden in een school vissen. Elke willekeurige vis uit een school houdt zich aan drie regels: 1) ga net zo snel als je burens, 2) vermijd botsingen en 3) beweeg in de richting van het zwaartepunt van je burens.



Een ander voorbeeld van een complex systeem dat gebaseerd is op een beperkt aantal simpele regels is het internet. Er zijn een paar regels voor Hyper Text Markup Language (HTML), de naam van de website en aan elkaar gekoppelde computers. Daarmee functioneert het systeem en er is voortdurende sprake van innovatie.

Volgens de CAS-theoretici is een logisch gevolg van het onderscheid in mechanische en adaptieve systemen, dat tevens onderscheid gemaakt moet worden in de instrumenten die geschikt zijn om veranderingen te sturen (Zastocki, 1999). Aan de hand van onderstaand diagram wordt hierop kort ingegaan.

Figuur 1. Zekerheid-overeenstemming diagram (Stacey, 1996)



In de linkeronderkant van het diagram (zone 1) betreft het activiteiten met een hoge mate van zekerheid voor wat betreft uitkomsten. De overeenstemming over de te verrichten werkzaamheden is in een dergelijk geval eveneens hoog. In deze situatie gaat het om 'klassieke' managementprocessen waarbij gebruik wordt gemaakt van planmatig werken, rationaliteit, standaardisering, herhaling, controle en metingen uitermate geschikt. Aan de rechterbovenkant van het plaatje (zone 3) staan activiteiten met een hoge mate van onzekerheid en weinig overeenstemming over de te nemen stappen. Hier regeert chaos, een situatie die we liever vermijden. Daartussen ligt een gebied van complexiteit. Christopher Langton noemt deze omstandigheden 'the edge of chaos' (Plesk & Greenhalgh, 2001). In deze situatie is er niet genoeg overeenstemming en zekerheid omtrent het effect van een te zetten volgende stap dat deze beslissing gemakkelijk genomen kan worden, maar tegelijkertijd is er niet zoveel onzekerheid en gebrek aan overeenstemming dat complete

chaos ontstaat. De beste strategie in een dergelijke situatie is het bedenken van een 'GEPO'-plan, dat staat voor Good Enough to Push On. Als we overeenstemming hebben over waar we willen zijn, hoeven we niet tot in detail vast te leggen hoe we daar gaan komen. Zo kan het plan zich op evolutionaire wijze vormen. De set van simpele regels helpt om het doel te bereiken. In dynamische situaties, zoals het sturen van veranderingen, is het van belang zowel van instrumenten uit zone 1 (planning en controle) als instrumenten uit zone 2 (simpele regels) gebruik te maken. Het is niet zo dat óf het één óf het ander van toepassing is. Een slim idee dat ontstaat in zone 2 wordt uiteindelijk geïncorporeerd in de procedures van de organisatie (Zastocki, 1999).

### **CAS in de buitenlandse gezondheidszorg**

#### *Persuing Perfection*

Een voorbeeld van een internationaal programma waarbij gebruikt wordt gemaakt van de principes uit de CAS-benadering is Persuing Perfection (PP). Het Institute of Healthcare Improvement (IHI) in Boston coördineert dit programma. PP heeft als doel om zorginstellingen en artsen te ondersteunen bij het bereiken van drastische verbeteringen in de uitkomsten van patiëntenzorg. Het streven is perfectie in zorgprocessen. Deze zorgprocessen moeten voldoen aan zes criteria (Frijns et al., 2003):

- Veiligheid: het lijkt een onmogelijke opgave maar het streven is om de fouten in de zorg drastisch te reduceren. Een hulpmiddel hierbij is het halfwaardetijd-principe: eerst wordt het aantal fouten met de helft verminderd, dan nog eens met de helft en dan nog eens, net zo lang tot verdere reductie niet meer mogelijk is of onevenredig veel zou kosten.
- Effectiviteit: bij het invoeren van een nieuwe manier van werken wordt waar mogelijk gebruik gemaakt van methoden die wetenschappelijk bewezen zijn.
- Patiënt centraal: hierbij wordt gebruik gemaakt van een lijstje met basisregels of 'simple rules'. Bijvoorbeeld: zorg is gebaseerd op een continue relatie (24 uur per dag, elke dag) of de patiënt als bron van controle.
- Tijdigheid: het leveren van zorg op de juiste tijd, vermijden van wachttijden.

- Doelmatigheid: het vermijden van zorg die niet bijdraagt aan de vraagstelling van de patiënt en die niet redelijkerwijs kosteneffectief is.
- Gelijkheid: het leveren van gelijke zorg voor alle patiëntengroepen, ongeacht sekse, etniciteit, geografische afkomst en sociaal-economische status.

Persuing Perfection vraagt van de deelnemende instellingen commitment aan een aantal principes en uitgangspunten van waaruit men samenwerkt en samen leert. Enkele principes zijn aan het begin van het programma geformuleerd, andere zullen daaraan in de loop van de tijd worden toegevoegd. Onderstaand een tweetal belangrijke uitgangspunten van het programma:

- Een hoog ambitieniveau: elke patiënt ontvangt precies de zorg die hij nodig heeft extract op het moment dat hij het nodig heeft. Niet alleen de patiënt heeft baat bij het krijgen van de juiste zorg, ook medewerkers en medisch specialisten. Zij ervaren immers doublures en hiaten als knelpunt.
- Systeembenadering: de veranderingen richten zich op vier niveaus in de zorg, te weten de patiënt en zijn directe omgeving, zorgprocessen, organisatie en omgeving.

### *NHS Modernisation Agency*

Een ander voorbeeld van de toepassing van het CAS-denken komt uit Groot-Brittannië. De Modernisation Agency, onderdeel van de National Health Services (NHS), is een organisatie die zich bezig houdt met de kwaliteitsverbetering van de Britse gezondheidszorg. Een goed voorbeeld van hun werk is de ondersteuning van het plan van de overheid voor het ontwerp van de gezondheidszorg in de 21<sup>ste</sup> eeuw: het NHS-plan. Dit is een actieplan dat een aantal maatregelen omvat voor de komende tien jaar om het niveau van gezondheidszorg drastisch te verbeteren. Het plan belooft meer zeggenschap en informatie voor patiënten, meer ziekenhuizen en bedden, meer artsen en verplegend personeel, kortere wachttijden voor ziekenhuizen en artsen, betere voorzieningen in ziekenhuizen, betere ouderenzorg, strakkere standaarden voor NHS-instellingen en grotere beloningen voor de best presterende instellingen. De Modernisation Agency moet erop toezien dat de uitgesproken voornemens ook werkelijkheid worden.

Samenwerking tussen professionals is van het grootste belang en openheid en transparantie moeten zorgen voor een goede relatie met de patiënt. De simpele regels waarvan gebruik wordt gemaakt bij het sturen van de veranderingen zijn:

- kijk door de ogen van de patiënt,
- vind betere werkwijzen,
- kijk naar het grotere geheel,
- geef professionals aan het bed de tijd en middelen om problemen aan te pakken en
- neem zowel kleine stapjes als grote sprongen.

### **Leidinggeven aan CAS**

Je kunt nog zulke mooie theorieën en kennis hebben over hoe het in de praktijk beter kan, het moet uiteindelijk in de praktijk worden toegepast. Daarvoor is inspiratie en leiderschap nodig van mensen die voorop willen lopen en onbetreden paden willen bewandelen. Mensen die in staat zijn routines en gebruiken aan de kaak te stellen, te bespreken en te veranderen. Een bekend voorbeeld van een succesverhaal over leidinggeven aan veranderingsprocessen komt van General Electric (GE) (Bering, 2002a; Bering 2002b; Stevens et al., 1999). GE is een Amerikaans bedrijf dat in de periode 1987-1996 opklom van de elfde plaats op de wereldmarkt naar de eerste plaats. GE veranderde van een klassiek, hiërarchisch en enigszins bureaucratisch industrieel bedrijf in een flexibele onderneming met een breed scala aan producten en diensten. De enige constante in dit veranderingsproces was de ambitie om de beste en de grootste te zijn met alles wat GE produceerde.

Opvallend aan het veranderingsproces bij GE is dat éérst de cultuur binnen het bedrijf veranderd werd. De president van GE, Jack Welch, begon met het houden van sessies waarin alle betrokkenen bij bepaalde processen of producten ervaringen en ideeën met elkaar uitwisselden over de organisatie van het werk en over de resultaten. In overeenstemming met het aspiratieniveau van het bedrijf kwam het doel van de sessies steeds hoger te liggen. Wat begon als een methode om verkokering en bureaucratie te bestrijden, werd vervolgens de methode om overeenstemming op de werkvloer te bereiken over 'best practice'. Het bleek een goede methode om een cultuurverandering te bewerkstelligen en om leidinggevendenden te confronteren met hun manier van

werken. De sessies leidden uiteindelijk tot versnelling van de besluitvorming en een cultuur van leren en openheid, die het gedrag van medewerkers en leidinggevenden veranderde.

Voor de 'harde kant' van het veranderingsproces, de meetbare kwaliteit en de aantoonbare beheersing en reductie van fouten en risico's, introduceerde Welch 'Six Sigma'. Dit staat voor een methode van definiëren, identificeren, meten, analyseren, verbeteren en controleren van producten en processen. Het aantal fouten dat in een proces voorkomt, kan worden beschouwd als een graadmeter voor kwaliteit. De essentie van de Sigma-benadering is dat het bedrijf aangeeft welk percentage fouten zij maximaal wil toestaan.

Ook de structuur van het bedrijf veranderde in dit proces. Onnodige bureaucratie werd weggewerkt door de organisatie platter te maken, functionele en hiërarchische scheidingen werden verwijderd. Hierdoor ontstond een directe informatie-uitwisseling die goed bleek te werken. Ideeën, initiatieven en besluiten kwamen snel en ongefilterd door en bleven niet meer hangen in stafoverleg.

Bevordering van deskundigheid was een belangrijk onderdeel van het beleid. Jaarlijks deelden vijfduizend medewerkers op de hele wereld hun ervaringen op het gebied van klantenservice, milieubescherming en verkorting van de productietijd. Zij stimuleren elkaar om snel en voortdurend beter te werken. Inmiddels is er een tienjarenplan om dergelijke exercities door de hele onderneming, op alle niveaus te laten plaatsvinden. ICT werd, naast technologie en materiaalkunde, ingezet om zowel de producten voor de klant als de eigen productieprocessen te optimaliseren.

### **Buitenlands onderzoek**

Ook in het buitenland wordt gezocht naar nieuwe wegen om implementatie succesvoller te laten verlopen. We geven hier een aantal voorbeelden. In het kader van dit hoofdstuk kunnen we ze alleen maar kort noemen, maar ons inziens zijn ze het waard om verder te bestuderen.

In Groot-Brittannië, de Verenigde Staten en Canada bestaan aparte programma's voor de vertaling van onderzoeksresultaten naar de praktijk. Zo werd in 1995-2000 het programma 'Evaluation of methods to promote the implementation of research findings' uitgevoerd in

Groot-Brittannië (NHS, 2000a). Dit programma besteedde veel aandacht aan verandering bij professionals. Uit een evaluatie blijkt dat een aantal studies is verricht naar het omgaan met onzekerheid door professionals, maar nauwelijks naar communicatie hierover met patiënten. Studies gericht op patiënten betroffen het geven van onderbouwde informatie. Er is volgens deze evaluatie behoefte aan studies naar informatiegedrag van professionals en evaluatie van specifieke interventies, zoals computerondersteuning.

In Groot-Brittannië bestaat het programma 'Service Delivery and Organisation' (SDO) (NHS, 2000b). Het SDO-programma van 2001 heeft twee prioriteiten: grootschalige verandering in multiprofessionele organisaties, met specifieke aandacht voor (1) de verhouding tussen professionals en managers en de rol van leiderschap en (2) de inbreng van patiënten in veranderingsmanagement.

Een ander programma voor vertaling van onderzoeksresultaten naar de praktijk is 'Translating research into practice' (TRIP) uit de Verenigde Staten (AHRQ, 2002). De belangrijkste onderwerpen in TRIP zijn:

- het effect van succesvolle implementatiestrategieën op andere terreinen dan waar deze oorspronkelijk zijn toegepast, in het bijzonder in de zorg voor kwetsbare groepen;
- de invloed van contextuele factoren op de het succes van de vertaling van onderzoek naar praktijk; generaliseerbaarheid van succesvolle interventies naar andere organisaties, populaties en aandoeningen;
- kenmerken van interventies en andere factoren die bijdragen aan snelle adoptie en blijvende verandering;
- kosteneffectiviteit van strategieën om onderzoeksresultaten in de praktijk te brengen;
- methodieken om kosteneffectiviteit te betrekken in de besluitvorming in gezondheidszorg.

Tot slot vermelden wij het onderzoeksprogramma 'Knowledge translation strategies for health research' in Canada (CIHR, 2002).

'Vertaling van kennis' is gedefinieerd als 'de uitwisseling, synthese en ethisch verantwoorde toepassing van kennis in een complex systeem van relaties tussen onderzoekers en gebruikers'. Gebruikers zijn onderzoekers, beleidsmakers, zorgverleners, publiek en de particuliere sector. Specifieke doelen van het genoemde onderzoeksprogramma zijn:

- vergroting van het inzicht in theorie en praktijk van 'vertaling van kennis';
- onderzoek rond 'vertaling van kennis' koppelen aan activiteiten van andere CIHR- instituten, die zich richten op specifieke aandoeeningen of patiëntgroepen;
- integratie van principes van 'vertaling in kennis' in de training van zorgverleners, zodat zij beter kunnen omgaan met de continue stroom van nieuwe kennis.

### E-learning

Belangrijke vernieuwingen binnen het onderwijs vinden nu plaats op het gebied van ICT, onder de naam e-learning. E-learning is leren met gebruikmaking van informatie- en communicatietechnologie. Een algemene definitie van e-learning luidt: 'elke leervorm die gebruik maakt van een netwerk voor distributie, interactie en facilitering'. Grofweg zijn er in de omschrijvingen twee invalshoeken te onderscheiden. De eerste gaat ervan uit dat leren plaatsvindt via een elektronisch apparaat, zoals een computer, de tv, het interactieve whiteboard, etcetera. Iemand die via een cd-rom of video iets leert doet in deze benadering dus ook aan e-learning. De tweede gaat ervan uit dat leren via een netwerk geschiedt. Hierbij kan men denken aan een student die door middel van een elektronische leeromgeving (ELO) via internet deelneemt aan een cursus, of aan een werknemer die via het interne bedrijfsnetwerk een training volgt (Anonymous, <http://e-learning.surf.nl/e-learning/faq>).

Omdat bij e-learning de leerprocessen en daaraan gerelateerde communicatie langs elektronische weg plaatsvindt, biedt het goede mogelijkheden tot aansluiting op het kennismanagement systeem. Bij kennismanagement zijn automatisering en informatisering fundamenteel voor het borgen, distribueren en combineren van kennis(bronnen).

Kennismanagement en e-learning lijken tot elkaar veroordeeld (Baatenburg de Jong, 2001). Kiest een organisatie voor e-learning, dan zal er behoefte ontstaan aan kennisbanken en daarmee aan kennismanagement. Is het beginpunt kennismanagement, dan ontstaat als vanzelf het idee dat kennis niet optimaal verdeeld is over de werknemers waardoor er behoefte ontstaat aan manieren om kennis te delen, te borgen en te distribueren.

### *Voorbeeld e-learning: Technische Universiteit Delft*

Op de Technische Universiteit Delft wordt e-learning als volgt toegepast: zet een echte coryfee in, laat deze college geven over onderwerpen die bij jonge studenten goed liggen en gebruik een elektronische leeromgeving (ELO) voor de bijbehorende informatie en communicatie. De Faculteit Technische Bestuurskunde van de TU Delft deed het en zette afgelopen najaar ex-KPN-topman Wim Dik in, geassisteerd door Fred Lohman. Er werd gekozen voor een model waarbij de ELO een geïntegreerd onderdeel van de cursus vormde. Ongeveer de helft van de colleegetijd werd besteed aan het geven van feedback op ingeleverde opdrachten en op discussies die de week tevoren via een forum waren gevoerd. Op deze manier wordt de inbreng van studenten serieus genomen. Bovendien werkt het voor een individuele student motiverend als zijn bijdrage 'en publique' besproken wordt. Direct na ieder college verdween Wim Dik in een aparte ruimte waar hij voor de camera in een aantal korte fragmenten (twee á drie minuten) het zojuist gegeven college probeerde samen te vatten. De filmpjes die hiervan het resultaat waren werden direct op de ELO gezet en konden door studenten óf live worden afgespeeld óf op de eigen harde schijf gezet worden om later te bekijken (Winsbrun, <http://e-learning.surf.nl/e-learning/artikelen/297>).

### *Voorbeeld Carmelcollege*

Eén van de grootste scholengemeenschappen (Stichting Carmelcollege) in Nederland is in september 2002 gestart met een pilot-project waarbij een nieuwe formule wordt gebruikt: /21. Deze formule is ontworpen om tegemoet te komen aan het feit dat de maatschappij, vervolgopleidingen en de arbeidsmarkt behoefte hebben aan mensen die erin getraind zijn snel en creatief oplossingen te vinden voor problemen. De competenties die scholieren hiervoor moeten bezitten overstijgen de 'schotten' tussen de verschillende traditionele schoolvakken. Er wordt dan ook vakoverstijgend en probleemgestuurd gewerkt, waarbij het leerproces en de persoonlijke ontwikkeling van de leerlingen centraal staan.

/21 ziet de computer als fundamenteel onderdeel van het leerproces. Er is een volledig elektronische leeromgeving met alle noodzakelijke digitale hulpmiddelen. Het gebouw is ingericht op bureau-onafhanke-



lijk computergebruik. Er zijn geen traditionele klassen, maar wisselende 'stamgroepen' van ongeveer 50 leerlingen. Elke stamgroep heeft de beschikking over een eigen 'huiskamer'. Daarnaast zijn er kleinere ruimte voor het werken in groepjes. Deze nieuwe manier van leren vereist ook een nieuw soort docent. Elke leerling heeft drie jaar lang dezelfde begeleiders, tutoren en onderwijsassistenten. De rollen van de tutor zijn die van gids, coach en ondersteuner (Anonymous, [www.slash21.nl](http://www.slash21.nl)).

### **Beschouwing**

Wat is de betekenis van de behandelde onderwerpen voor nieuwe wegen van leren en verbeteren in de Nederlandse gezondheidszorg? Volgens de aanhangers van de CAS-theorie zijn organisaties in de gezondheidszorg complexe systemen, waarbij mechanistische modellen van sturen en veranderen achterhaald zijn. De waarde van de CAS-theorie en -principes is dat de invoering van complexe veranderingen met een systeembril moet worden bekeken. Professioneel gedrag is ingebed in verschillende systeemniveaus: individueel (kennis, houding, gedrag), zorgproces (samenwerking met collega's en andere disciplines, relatie patiënt), organisatorisch (management, randvoorwaarden, ondersteuning), maatschappelijk (wet- en regelgeving). Complexe veranderingen vragen volgens CAS-theoretici een aanpak op verschillende systeemniveaus. In de veranderingsstrategie van Persuing Perfection valt op dat experts, managers en zorgverleners gezamenlijk principes formuleren ('simple rules'), maar dat de direct betrokkenen (managers, zorgverleners) deze moeten concretiseren in haalbare doelen. Vervolgens gaan zorgverleners en managers aan de slag om de doelstellingen te realiseren, daarbij ondersteund door experts. Het gaat bij programma's als Persuing Perfection en de aanpak van de Modernisation Agency in Groot-Brittannië niet om veranderingen bij afdeling X of de specifieke invoering van een richtlijn in ziekenhuis Y. In plaats daarvan worden totale zorgprocessen en organisaties bij de verandering betrokken, in de hoop dat veranderingen niet oppervlakkig zijn en tot een kleine groep beperkt blijven. Echter, de verschillende projecten zijn nog pril en resultaten zijn er nog niet of nauwelijks.

De rol van de leiding is cruciaal bij de complexe en grootschalige veranderingsprocessen. Het voorbeeld van GE is een succesverhaal uit het

Amerikaanse bedrijfsleven. We gaven dit voorbeeld om te laten zien hoe belangrijk inspirerend leiderschap kan zijn voor het doorvoeren van veranderingen. De aanpak van Welch past wellicht niet makkelijk in de cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg, maar het gaat ook niet om het kopiëren van wat er bij GE gedaan is. Het gaat meer om de principes: de leiding als inspirator van grote veranderingsprocessen, nieuwe wegen bedenken om de boel op te schudden, medewerkers het woord geven over wat hen dwars zit, de klant (patiënt) centraal stellen en risico's durven nemen.

In de gezondheidszorg wordt de roep om het gebruik van ICT steeds sterker en luider. Marc Berg (instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Universiteit Rotterdam) bepleit in zijn oratie 'Kaf en Koren van Kennismanagement' (Berg, 2001) het inbouwen van kennis met behulp van ICT in het zorgproces. Volgens Berg spelen systemen met informatie over patiëntenzorg hierin een cruciale rol. Deze systemen bevatten namelijk niet alleen kennis, maar ze verspreiden de kennis ook naar andere zorgverleners. Een voorbeeld: laat je de professional een keuze maken uit een lijstje bloedtests dat voorgeschreven wordt door een richtlijn, dan maak je die richtlijn onderdeel van de manier waarop zorg wordt verleend. Met bijvoorbeeld de komst van multidisciplinaire zorgpaden in systemen is het mogelijk 'evidence based' inzichten in te bouwen in het ontwerp van het zorgproces. Systemen met informatie over patiëntenzorg reiken de kennis niet via het hoofd van de professional aan, maar die kennis wordt ingebouwd in de technieken of organisatorische routines van het zorgproces. Dit zou wel eens een veel krachtigere manier van implementeren van richtlijnen kunnen zijn dan de gebruikelijke wijze van implementeren via informatieoverdracht en training.

Het pleidooi van Berg is vooralsnog mooie toekomstmuziek, want de ontwikkelingen gaan niet zo snel. De invoering en het gebruik van ICT in de gezondheidszorg loopt achter bij die van het onderwijs en het bedrijfsleven. Lokaal zijn er experimenten gaande waarbij informatiesystemen worden ontwikkeld voor bepaalde patiëntengroepen, zoals diabetici en CVA-patiënten. Ook worden er plannen ontwikkeld voor het inbouwen van richtlijnen in databases, zodat de richtlijn makkelijk op het bureau kan worden geraadpleegd en wanneer nodig kan worden aangepast aan de laatste inzichten. Inmiddels is het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ) opgericht met als belangrijke

opdracht de ontwikkeling van een infrastructuur voor informatiesystemen en een elektronisch patiëntendossier.

## Referenties

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, USA). Research programme 'Translating research into practice' (2002).
- Anonymous. Veelgestelde vragen, <http://e-learning.surf.nl/e-learning/faq> (31-10-2002).
- Anonymous. /21; a new school and a new way of learning. [www.slash21.nl](http://www.slash21.nl) (15-11-2002).
- Baatenburg de Jong C. E-learning als aanjager voor kennismangement. *E-learning magazine* 2001; 3: 43-44.
- Berg M. Kaf en koren van kennismangement; Over informatietechnologie, de kwaliteit van zorg en het werk van professionals. Rotterdam: rede, 2001.
- Bering R. Lessen uit het bedrijfsleven. Eerst de cultuur veranderen, daarna komen de cijfers. *Kwaliteit in beeld* 2002a; 4: 4-7.
- Bering R. Lessen uit het bedrijfsleven. If you're going to learn about management, learn from the best. *Kwaliteit in beeld* 2002b; 5: 14-17.
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Request for applications 'Knowledge Translation Strategies for Health Research' (2002).
- Frijns C, Verhoeven M, Schellekens W. Pursuing Perfection. Streven naar het onmogelijke of een inspirerende aanpak? *Kwaliteit in Beeld* 2003; 4: 8-10.
- National Health Service (Groot-Brittannië). The evaluation of methods to promote the implementation of research findings. Programme report. NHS, 2000a.
- National Health Service (Groot-Brittannië). R & D Programme 'Service Delivery and Organisation'. NHS, 2000b.
- Plesk P, Lindberg C, Zimmerman B. Some Emerging Principles for Managing in Complex Adaptive Systems, Edgeware-Filling cabinet. Working paper, version: november 25, 1997. [www.plexusinstitute.com/edgeware/archive/think/main\\_filing1.html](http://www.plexusinstitute.com/edgeware/archive/think/main_filing1.html) (25 - 10 - 2002).
- Plesk P. Redesigning Health Care with Insights from the Science of Complex Adaptive Systems (in: *Crossing the Quality Chasm; A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*). Washington D.C., National Academy Press, 2001.
- Plesk PE, Greenhalgh T. Complexity science. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; 323: 625-628.

- Stacey RD. Complexity and creativity in organizations. San Francisco, CA, Berrett-Koehler, 1996.
- Stevens F, Bering R, Stevens K. Leren **excelleren**: 12 jaar General Electric tegen de achtergrond van het INK-model. INK-model - Serie voor managers, Kluwer/INK, 1999.
- Winsbrun, H. Videobeelden via ELO ingezet bij cursus TU Delft, <http://e-learning.surf.nl/e-learning/artikelen/297> (15-11-2002).
- Zastocki, DK. A toolbox for managing in turbulent environments. *Journal of innovative management* 1999; 4(4): 24-33.

### **Relevante websites**

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Canadian Institutes of Health Research (CIHR): [www.cihr.ca](http://www.cihr.ca)
- Institute for Healthcare Improvement (IHI): [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
- NHS Modernisation Agency: [www.modernnhs.nhs.uk](http://www.modernnhs.nhs.uk)
- Nationaal ICT Instituut in de Zorg (NICTIZ): [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)
- The National Health service (NHS): [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)

## Leren van casussen

*Henk Hadders, lid Raad van Bestuur van GGZ Drenthe*

“In de komende tien jaar zullen patiënten nog mondiger worden. De organisatie van de zorg zal compleet anders zijn ingericht. ICT, de internettechnologie en de toepassing van genomics zullen het landschap geheel veranderen. De ontwikkelingen op de arbeidsmarkt leiden ertoe dat er over twintig jaar aanmerkelijk minder mensen in de zorg zullen werken. Dus zul je als organisatie de boel slimmer moeten organiseren. Bijvoorbeeld door met behulp van internet te behandelen. Dat klinkt nu nog fantastisch maar ik ben ervan overtuigd dat dit soort vernieuwingen over tien, vijftien jaar echt geïmplementeerd zullen zijn. Je zult ook wel moeten, anders los je een heleboel problemen niet op. Kennis is daarin de verbindende factor.”

### *Hoe zal die kennistechnologie gestalte krijgen?*

“De GGZ is nog een jonge tak van sport en in feite weten we nog heel weinig. Wat is wel voorhanden? Dat zijn casussen. Daar draait het in deze sector om en daar kun je van leren. We willen die casuïstiek vastleggen in een soort casusbank. In een consortium met GGZ-Drenthe, het Trimbos-Instituut een softwarebouwer en GGZ-Nederland zijn we druk bezig een elektronisch kennissysteem voor de GGZ te ontwikkelen. Daar zitten allerlei zaken in, zoals kenmerken van cliënten, de behandelingen en de resultaten. Alles uiteraard anoniem. Je typt je intakeverslag in en vervolgens gaat het kennissysteem zoeken naar de casussen uit de casusbank die er het meest op lijken. De zoekresultaten kunnen je helpen bij de behandeling van je patiënt. Het is een beslissingsondersteunend systeem, maar ondersteunt ook het leren van mensen. Op deze manier probeer je praktijkkennis vast te leggen, te expliciteren, te borgen en te verspreiden. Er ligt nu een prototype dat we aan het verfijnen zijn. Er kunnen ook recent verschenen artikelen in opgenomen worden.”

*Maar hoe krijg je het voor elkaar dat zorgverleners er ook mee kunnen werken?*

“Om het in te passen in het normale werkproces van professionals hebben we er een community of practice aan gekoppeld. Dat is in feite een virtuele ontmoetingsruimte van professionals, gesteund door moderatoren. Aan het einde van de rit heb je een afgeronde casusbeschrijving die je weer toe kunt voegen aan de kennisbank. Uiteindelijk moet die kennis beschikbaar zijn op de desktop van elke hulpverlener, zodat er een krachtige werk- en leerplek ontstaat. Op zich is er niets nieuws onder de zon, kennis delen deden we al, maar ICT maakt het veel makkelijker. Nu we zulke slimme technologieën hebben en zoveel gegevens vast kunnen leggen, ben je ook in staat om uit die enorme brei patronen te herkennen en nieuwe kennis te ontwikkelen. Dat is natuurlijk schitterend. Een kennissysteem is overigens slechts een van de toepassingen om kennis vast te leggen en te delen. Portalen, intranet, software voor groepen (groupware), virtuele bibliotheken en dergelijke zijn andere toepassingen. Essentieel daarbij is dat dit alles ingebed moet zijn in een expliciet kennismanagementbeleid van de instelling.”

*In feite draait het dus om leren?*

“Ja, en dus om professionaliseren. Het rapport ‘Van implementeren naar leren’ sprak me zeer aan. Het dominante top-down-principe werkt niet meer. Je zult de condities moeten stellen waardoor mensen de ruimte en tijd krijgen om nieuwe dingen te ontwikkelen. Veel professionals zijn productietijgers geworden. Dat vind ik verschrikkelijk. Tijd voor reflectie is er nauwelijks meer, terwijl je die juist nodig hebt om verder te komen. Ontwikkel kennis en koppel het terug naar het team, opdat ook zij er weer van kunnen leren. Die verbinding vind ik eigenlijk nog belangrijker dan de verbinding van de praktijk naar de wetenschap toe.”

## 5

### Work in progress

Denken over vraagstukken van kennis en implementatie op het  
Ministerie van VWS

*Wendy Reijmerink en Cees Vos*

#### Probleemschets

Overall waar toepassingsgerichte inzichten en resultaten uit research & development (R&D) worden gegenereerd en verspreid, spelen kwesties van implementatie een rol. Zo ook in de zorgsector.

Implementeren betekent volgens Van Dale: (een plan) tot uitvoering brengen, of (een nieuw systeem) invoeren, in gebruik nemen. Wij voegen daaraan toe:

- met het oog op maatschappelijk gewenste vernieuwing en kwaliteitsverbetering,
- binnen veelal weerbarstige omstandigheden,
- door middel van bewuste toepassing van extern opgedane kennis en ervaringen.

Met 'kennis en ervaringen' wordt hier een breed spectrum bedoeld van inzichten, diensten en producten van bewezen dan wel aannemelijke waarde afkomstig uit c.q. gestoeld op onderzoek, ontwikkelactiviteiten, praktijkervaringen, best practices (optimale stukjes zorgverlening met voor de patiënt veel betere resultaten), verbeterkennis en overdrachtsprocessen van werkvloer naar werkvloer.

Implementeren is dus geen doel in zichzelf, maar gekoppeld aan een meer of minder goed omschreven gebruiksdoel dat vaak is gericht op optimalisering van zorg of zorgprocessen. Implementatie gaat wat ons betreft niet (meer) over het ergens 'naar binnen' brengen van iets dat 'van buiten' is ontwikkeld. Het gaat wél over effectieve vernieuwing 'van binnenuit', en wel door diegenen die midden in de zorgpraktijk staan en het beste zicht hebben welke innovaties het meeste gewenst zijn. Implementatie gaat ook over individuele, team- en systeemgebonden veranderingsprocessen van 'al werkende weg' leren en verbeteren,

waarbij gebruik wordt gemaakt van waardevolle hulpmiddelen en methoden die elders zijn ontwikkeld. Implementatie gaat tenslotte over het overbruggen van de vaak forse kloof tussen 'hoe het is' en 'hoe het zou kunnen zijn', en daarmee over een betere aansluiting van R&D bij behoeften uit beleid en praktijk.

Welke problemen en urgenties worden gevoeld en aan welke oplossingsrichtingen is behoefte? Hoe kan de bruikbaarheid van R&D worden vergroot en het gebruik ervan worden bevorderd? Voor de duidelijkheid: de bruikbaarheid van R&D, die vooral bepaald wordt door aspecten als relevantie en kwaliteit, refereert aan de *theoretische* toepassing ervan, en is daarmee niet per definitie gelijk aan het gebruik: de *feitelijke* toepassing in beleid en praktijk, die door velerlei – ook andere – factoren wordt bepaald.

Implementatie heeft altijd te maken met lead time en verschillende adaptatiesnelheden: hoe kan deze zo kort mogelijk worden gehouden? Wat kunnen we leren van geslaagde innovaties? Kortom: wat moeten we (beter) weten en hebben – denk aan benodigde kennisinfrastructuur of opleiding – om beter te *doen*, en wat is daarbij de rol van VWS? Over dergelijke vragen gaat deze bijdrage.

### **'Facts & figures' rond implementatie**

In de afgelopen jaren zijn wij geconfronteerd met vele schriftelijke en mondelinge noties en observaties rond implementatie. Deze hebben wij door onze VWS-bril gefilterd, geïnterpreteerd en getoetst. Onderstaande, niet-limitatieve opsomming geeft ons inziens een goed beeld van de state of the art en een vertrekpunt voor verdere kennis- en beleidsontwikkeling met betrekking tot implementatie.

- Implementatie van zorgvernieuwing heeft veel, zoniet alles te maken met motivatie op de werkvloer en cultuuromslagen binnen organisaties, aldus de Gezondheidsraad in zijn lezenswaardige advies 'Van implementeren naar leren' (2000). De werkprocessen van lerende professionals en de voorwaarden die nodig zijn om te komen tot beter kennisdelende en lerende organisatorische werkverbanden zijn echter nog grotendeels een black box, wat succesvolle(r) implementatie en innovatie in de weg staat.



- Implementatie kent doorgaans meerdere probleemeigenaren. Met een variant op het bekende devies: 'It takes at least two to tango'. Effectieve implementatie vergt dus een benadering langs meerdere sporen, die idealiter uitmondt in een op maat gericht aanbod aan inzichten, diensten en producten. Voor de ons inziens belangrijkste groep, de zorgverleners, is het van belang dat implementatie specifiek is, appelleert aan een door de zorgverlener zelf gevoeld probleem, waarbij hij/zijzelf ook actieve betrokkenheid toont. Bij verdere kennisontwikkeling en beleidsvorming moet dan ook een duidelijker onderscheid gemaakt worden tussen implementatie waar beroepsbeoefenaren zelf wat aan kunnen doen (gedragsverandering) en implementatie die van elders moet komen (informatisering, standaarden, juridische belemmeringen, verandering in honorering en bedrijfsvoering, et cetera).
- Optimalisering van zorg(processen) is niet mogelijk zonder de inbreng van patiënten, getuige opnieuw het Gezondheidsraadadvies 'Van implementeren naar leren'. Zowel bij professionals in de gezondheidszorg als bij onderzoekers en beleidsmakers groeit het besef dat patiënten een belangrijke rol kunnen en moeten spelen bij het formuleren van wat zinnige en zuinige zorg is alsook bij het realiseren van gewenste veranderingen in het zorgproces. De cruciale vraag is: hoe krijgen we kennisactiviteiten meer gericht op de vraag van patiënten en andere eindgebruikers, daarbij in aanmerking genomen dat vragen naar vernieuwing van zorg pas echt tot vernieuwing leiden in interactie met onderzoekers en ontwikkelaars die in zorgtermen kunnen denken?
- Goede implementatie is contextspecifiek. Meer dan ooit dient kennis om geaccepteerd en toegepast te worden, naast wetenschappelijk betrouwbaar sociaal robuust te zijn. Dat wil zeggen dat rekening wordt gehouden met de variëteit aan werelden, talen en belangen tussen de verschillende bij implementatie betrokken doelgroepen, alsook met de vele omgevingsfactoren die de doorgeleiding kunnen bevorderen of juist remmen en vaak buiten de directe invloedssfeer van de respectievelijke eindgebruiker liggen. Daarbij kan gedacht worden aan patiëntspecifieke en organisatorische omstandigheden, maar ook aan de invloed van wet- en regelgeving, financiering, opleiding, en sociaal-culturele aspecten. Het proces naar een adequaat gebruik van

kennis en best practices is mede in het verlengde daarvan bijzonder gecompliceerd. Dit betekent dat resultaten van R&D nimmer als op zichzelf staande en ultieme gebeurtenissen dienen te worden beschouwd en gepresenteerd. De kunst is om kennis ook echt een rol te laten spelen in de doorgaans veranderlijke en complexe besluitvormingsprocessen waarbinnen zij moet worden ingepast en waarbinnen meerdere factoren de afweging bepalen. Zo hechten klinici vaak meer waarde aan hun praktijkervaringen dan aan een nieuw brokje wetenschappelijke kennis. Zo hebben beleidsmakers liever algemene, breed toepasbare zekerheden dan wetenschappelijke gegevens waaraan allerlei voorwaarden vastzitten. Tot slot zijn onderzoekers vooral geïnteresseerd in nieuwe onderzoeksvragen, en veel minder in het praktische gebruik van resultaten. “What you see depends upon where you stand”, aldus Albert Einstein.

### **Illustratie van het belang van sociaal-culturele factoren**

In de Filippijnen zijn er veel obstakels voor het gebruik van evidence in de gezondheidszorg zoals:

- een buitenproportionele marketingrol van de farmaceutische sector;
- een sterke impact van traditionele (medische) opvattingen en gewoonten;
- belangenconflicten (zo zijn artsen mede-eigenaar van ziekenhuisapparatuur);
- respect voor ouderen;
- ‘bahalana’ (‘que sera, sera’): sterk respect voor de lotsbestemming;
- ‘pakikisama’: loyaliteit aan de broederschap;
- een algemene attitude van ‘doe maar iets, dat is beter dan niets’.

Hieraan kunnen meer algemene en herkenbare problemen worden toegevoegd als:

- het probleem is niet helder;
- de informatiebehoefte is niet duidelijk;
- er bestaat een tijdsverschil tussen het moment waarop evidence wordt opgeleverd en dient te worden gebruikt;
- er is sprake van een cultuurkloof tussen onderzoeker en beleidsmaker;
- de link tussen kennis en actie is onduidelijk.

- Implementatie van inzichten, diensten en producten is uitsluitend succesvol indien er – op wat voor wijze dan ook (bijv. via dwang, gepercipieerde meerwaarde, gemak, hype, status) – een match is met de individuele gebruiker. De vraag is in dat verband aan de orde hoe bewust en planmatig implementatie moet gebeuren: vaak gaat het bij een dergelijke match ‘vanzelf’ (denk aan de snelle invoering van de mobiele telefoon, e-mail of het nieuwe belastingformulier).
- Het is een groot misverstand dat je je bij implementeren van innovaties, bijvoorbeeld het elektronische voorschrijfsysteem, moet richten op de early adaptors – zo’n 20 procent van de totale populatie – en dat de rest dan vanzelf volgt. Veel beter is het om de invoeringsstrategie direct te richten op de grootste categorie gebruikers: de middenmoot, waar de kans op het optreden van gezamenlijke waarden – van doorslaggevend belang in innovatieprocessen – veel groter is. Een en ander laat het belang binnen organisaties van aansprekend leiderschap en het benutten van aanwezige drijvende krachten onverlet.

### **Wegen naar effectieve implementatie**

Tijdens een workshop over implementatie voor VWS-beleidsambtenaren in juni 2002 betoogde workshopleider Roel Schuring (Universiteit Twente) onder meer dat de slaagkans van implementatie vooraf beoordeeld moet worden aan de hand van de volgende vijf grote succesfactoren:

- 1 Timing en prioriteit (sluit de innovatie aan op ‘het moment van de waarheid’; is duidelijk aan welke veranderingen gewerkt gaat worden en waarom?).
- 2 Ontwerp van de innovatie (klopt dit op alle relevante aspecten: organisatorisch, technisch, juridisch, economisch, administratief?).
- 3 Lokaal systeem (gaat de innovatie zinvol in op bestaande verhoudingen en belangen?);
- 4 Individu (sluit de innovatie aan op doelen, waarden en werkpatronen van degenen die ermee moeten werken?).
- 5 Management (innoveren gaat niet vanzelf; zijn de ‘leiders’ voldoende toegerust om hun managementtaken goed te vervullen?).

Kort gesteld komt een en ander erop neer dat implementatie sec weinig betekenis heeft en onvoldoende voorwaarde is voor het verkrijgen van noodzakelijk draagvlak en legitimiteit. Betrokkenheid van de eindgebruiker en inbedding in zijn/haar maatschappelijke en institutionele context is de spil waar alles om draait op weg ‘van kennis tot resultaat’. Eigenlijk wisten we dat al, maar waarom is het blijkbaar dan toch zo moeilijk om van verbeelding tot werkelijkheid te komen? En dat nog wel in een tijdperk waarin aan de productiefactor kennis in het licht van innovaties toenemend maatschappelijk belang wordt gehecht?

Een paar ons inziens relevante actuele factoren – samen te brengen onder de noemer ‘goed opdrachtgeverschap’ – stippen wij hier aan:

- Vraagarticulatie: veel eindgebruikers (VWS-beleidsmakers, zorgmanagers, patiënten/consumenten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, maar denk ook aan gemeenten als regisseurs van lokaal gezondheidsbeleid) zijn niet grootgebracht met vermogen tot formulering van een effectieve kennisvraag: wat wil ik weten en waarmee moet ik rekening houden? Er is bovendien niet altijd een kennisvraag. Evenals in het zorgveld geldt ook hier dat de omslag van aanbod naar vraagsturing oftewel het ontwikkelen van de kritische vraagfunctie nog grotendeels gemaakt moet worden.
- Veel kennis is ongetwijfeld ‘nice to know’, maar vanuit een gebruikersperspectief gaat het toch vooral om ‘need to know’: hoe kan ik meer rendement halen uit (bestaande en nieuwe) kennis? Waar kan ik het beste met mijn kennisvraag terecht? Welke aanpak geeft mij de meeste kans op een adequaat antwoord? De weg naar een passend kennisaanbod en een verantwoorde kennisproductie en -leverantie ligt nog grotendeels open...
- Gepast kennisgebruik: wat doe ik met het resultaat en is mijn doel bereikt? Van gebruikers vergt dit veel meer oog voor ‘krachtig kennismanagement’, impactmeting, rekenschap en verantwoording.

Op 5 november 2002 bracht Jonathan Lomas, hoofd van de Canadese Health Services Research Foundation en wereldwijd bekend implementatiegoeroe, een werkbezoek aan ZonMw dat in het teken stond van effectief kennisbeleid. Lomas betoogde onder meer dat sociale innovaties bevorderd worden door relevantere R&D, betere synthese en overdracht van resultaten, en beter gebruik van resultaten uit R&D. De twee beste voorspellers voor goed gebruik van R&D zijn volgens hem:

- 1 de gebruiker zit (al) op één lijn met de uitkomsten;
- 2 de gebruiker is van meet af aan bij het onderzoek betrokken (van prioriteitstelling via beoordeling van projectaanvragen tot en met concrete toepassing van resultaten).

Wij leiden hieruit af dat het bij effectieve (implementatie van) R&D vooral moet gaan om het creëren en benutten van interpersoonlijke dan wel interorganisationele linkage & exchange processen tussen aanbieder en gebruiker. Aan een dergelijk partnerschap zijn wél consequenties verbonden, zoals het openstaan van wetenschappers voor maatschappelijke kennisvragen, inspanning en tijd van mensen uit de praktijk en het beleid om resultaten van R&D tot zich te nemen en daadwerkelijk toe te passen, en uiteraard infrastructuur voor ideeënuitswisseling.

### **Betere synthese en overdracht**

Bijvoorbeeld via op de doelgroep gerichte anekdotes, thematische verhalen, of zogenoemde myth busters. De ontvangerscapaciteit is veelal beperkt: korte face to face tijd is dan ook veel lucratiever dan lange leestijd. In aanvulling hierop: de socioloog Zijderveld publiceerde alweer enige jaren geleden in NRC Handelsblad een prikkelend betoog over de verwording van informatie als gevolg van de moderne informatietechnologie. Zijderveld introduceerde het begrip 'info-inflatie'. Hij doelde daarmee op het negatieve verband tussen de hoeveelheid informatie die van diverse kanten op een ieder van ons af komt en de toename van kennis. Hoe meer informatie, hoe minder kennis, aldus Zijderveld. De voor de hand liggende vraag is natuurlijk: hoe worden we dan wel wijzer? Het antwoord van Zijderveld: "Wanneer de informatie geordend en betekenisvol gestructureerd wordt aangeboden, en wanneer we de mogelijkheid te baat hebben genomen om die informatie met de nodige afstandelijkheid, relativering en innerlijke rust tot ons te nemen." Eenzelfde visie wordt weerspiegeld in het volgende citaat van T.S. Eliot (Chorus from the rock): "Where is the life we have lost in living, where is the wisdom we have lost in knowledge, where is the knowledge we have lost in information?" De kwaliteit van de informatie en communicatie is dus een belangrijke factor voor de uiteindelijke besluitvorming.

## Implementatie: uitdagingen voor VWS

De minister van VWS is expliciet verantwoordelijk voor de werking van het zorgsysteem. De verantwoordelijkheid voor een kwalitatief goede zorgverlening berust bij de zorgaanbieders die in contact staan met de patiënt. De zorgverzekeraars zijn er, via de financiering en inkoop, verantwoordelijk voor dat hun verzekerden een doelmatige en klantgerichte toegang tot de zorg hebben. Wat betekent een dergelijke verantwoordelijkheidsverdeling concreet voor de kennis- en implementatiefunctie en de rol van VWS én andere partijen? Als het systeem niet goed functioneert is dat immers niet altijd te wijten aan falend overheidsbeleid. De overheid wordt er wel op aangesproken al het mogelijke te doen om het systeem beter te laten functioneren. Dat vraagt om een veelzijdige, subtiële rolinvulling met aspecten van een:

- *makelaar* (partijen bij elkaar brengen);
- *regisseur* (formuleren en toedelen van verantwoordelijkheden en taken);
- *initiator* (starten van discussies over hoe het beter kan; oprichten van organisaties die ontbreken);
- *informatiebemiddelaar* (zorgen dat goede informatie, bijvoorbeeld over best practices, breed wordt verspreid);
- *ondersteuner* (van initiatieven die veelbelovend zijn en met overheidssteun kunnen worden versneld);
- *missionaris* (uitdragen wat goed is of dat het beter kan, vertolker van de maatschappelijke vraag die geen genoegen neemt met de bestaande zorgarrangementen, als wordt geweten dat het beter kan).

Deze rollen vragen in ieder geval niet om een overheid die aan de zijlijn staat, maar ook niet om de rol van hoofdpersoon, waar alle aandacht naar uitgaat. Het kernproces in deze rol is verbinden en uitdagen, zodat het gezondheidssysteem beter functioneert en dus innoveert. Concluderend: het gaat VWS in haar lastige rol van 'systeembeïnvloeder' dus om dat beter functioneren. Dat vraagt om een goede mix van inbreng en initiatieven van verschillende partijen. Alleen dan kan worden bijgedragen aan het daadwerkelijk oplossen van gevoelde, doorgaans interacterende problemen op het niveau van de patiënt (micro), de zorgorganisatie (meso) en het zorgsysteem (macro).

Toegesplitst op vraagstukken van kennis en implementatie stellen wij in navolging van de WRR in zijn rapport 'Van oude en nieuwe kennis' (2002) een grote variatie in kennisontwikkeling en kennistoepassing centraal. In een geavanceerde kennissamenleving nemen de maatschappelijke actoren, organisaties en instituten de variëteit aan kennisontwikkeling zelf ter hand, daartoe gestimuleerd door een overheid die (bijvoorbeeld via de ZonMw-setting) ontwerp- en experimenteeruimte aanbiedt en zorgdraagt voor systematische evaluatie en follow-up. Wij citeren hier opnieuw Albert Einstein: "You can not solve problems with the same type of thinking that caused them."

Bij het betreden van deze ruimte is het naar ons oordeel vooral van belang dat:

- mensen aan de slag kunnen die zin hebben om met het desbetreffende probleem bezig te zijn;
- geleerd wordt van succesvolle implementaties (op allerlei vlakken, ook buiten de zorgsector) en dat er wordt nageaapt;
- gebruik wordt gemaakt van de beproefde methode van trial & error en de tijd wordt genomen;
- goede individuele resultaten zichtbaar worden gemaakt en hier directe(re) beleidsprikkels voor worden bedacht;
- systematisch wordt nagedacht over een passende kennisagenda: welke kennis en attitudes moeten worden ontwikkeld om anders en beter te implementeren?

Het gaat dan niet meer zozeer om het managen *van* verandering, maar om het managen *door middel van* verandering. Wij zijn ervan overtuigd dat wanneer kennis en ervaring worden gedeeld en mensen van elkaar willen leren, uiteindelijk iedereen daar wijzer van wordt. Wij hebben de indruk en ervaring dat de tijd rijp is voor een dergelijke 'kwantumsprong' en nodigen u als lezer en ongetwijfeld betrokkene bij de zorg dan ook nadrukkelijk uit de handschoen op te pakken.

## **Continu kwaliteitsproces in de huisartsenpraktijk**

*Arno Timmermans, medisch directeur van het Nederlands Huisartsen Genootschap*

“De huisartsgeneeskunde is voortdurend aan het innoveren en implementeren. De huisarts vervult een centrale rol in het Nederlandse zorgsysteem en vandaar dat we met tal van organisaties samenwerken, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van multidisciplinaire protocollen. Hoe belangrijk dat ook is, daar kleven ook bezwaren aan. De uitkomst is vaak een boekwerk van een paar honderd pagina's. De individuele huisarts kan dat niet direct toepassen. Die zit daar anders in dan andere partijen voor wie zo'n specifiek onderwerp een daginvulling betekent. We zullen dus prioriteiten moeten stellen en kiezen voor knelpunten die voldoende regelmatig voorkomen in de huisartsenpraktijk. En om zorgvernieuwing echt gestalte te geven, moet er een basaal vertrouwen bestaan over het werk dat huisartsen doen. Er moet erkenning en waardering zijn. Dat mis ik nu wel eens. Als daar discussie over bestaat, rem je het kwaliteitsproces. Dan ben je gedwongen het eigen bestaansrecht te bewijzen, in plaats van de kwaliteit van zorg te versterken.”

*Wat zijn voor de komende jaren de belangrijkste thema's op het gebied van implementatie?*

“Naast alle inhoudelijke ontwikkelingen, gaan we de kwaliteitscyclus voltooien. Elke huisartsenpraktijk voert een systematisch kwaliteitsbeleid, zodat er een continue professionele ontwikkeling plaatsvindt – zowel bij de huisarts als alle anderen die daar werken. Dat gebeurt in het kader van de implementatie van de Toekomstvisie van de huisartsgeneeskunde. Accreditering, certificering en herregistratie zijn daarbij ondersteunend.

Samen met de patiëntenbeweging onderzoeken we hoe we patiënten het beste kunnen betrekken bij zorginnovatie en -implementatie. Patiënten zijn vooral gericht op bejegeningaspecten in plaats van op



de inhoud. Terecht en begrijpelijk. Maar hoe kun je die aspecten zo goed mogelijk terug laten komen in je kwaliteitsbeleid op centraal niveau en vervolgens in de huisartsenpraktijk? We hebben daar nog niet echt een methode voor gevonden, maar ik zie dat wel als een grote uitdaging voor de komende jaren."

*Hoe staat het eigenlijk met de implementatie van zorgvernieuwing in Nederland?*

"Daar kun je een vrolijk en een somber verhaal over vertellen en ze zijn allebei waar. Veel van de zorgvernieuwing hangt van losse projecten aan elkaar. Elk normaal bedrijf heeft een budget voor research en development. In de zorg is daar te weinig geld voor gereserveerd en van een systematisch beleid is geen sprake. We rennen van de ene hype naar de andere. Momenteel zijn indicatoren om de zorg te meten 'in'. Iedereen is daar nu op zijn eigen houtje druk mee doende om er over vier jaar achter te komen dat dit toch niet het ei van Columbus is. Zonde van alle energie en middelen die erin gestoken worden. Implementatie van innovaties is een complex proces. Er wordt nogal eens gedacht dat dat met wat eenvoudige meetinstrumenten te beheersen is. Onterecht, naar mijn mening. Van een paar zaken weten we dat ze werken: een meervoudige strategie, zo dicht mogelijk bij het primaire proces, en het versterken van de motivatie van de hulpverleners. Je moet ook zoveel mogelijk belemmeringen wegnemen. Zorg dat er voldoende geld, ruimte en tijd beschikbaar is. Maar dan ben je er nog niet. Veel mensen vertonen een natuurlijke weerzin tegen veranderingen. Daar zul je je goed rekenschap van moeten geven en in je strategieën rekening mee moeten houden. Maak veranderingen zo aantrekkelijk mogelijk."

*Welke rol ziet u voor ZonMw weggelegd?*

"ZonMw zou meer ruimte moeten bieden aan innovaties waarvan het succes niet bij voorbaat vast staat. Van mij mogen er wat meer risico's worden genomen. En er moet meer onderzoeksgeld worden geïnvesteerd in evaluatie van geïmplementeerde innovaties. Pas dan breng je het kwaliteitsproces verder."

## 6

# Sociale ziektekostenverzekering en implementatie

*Floor Rikken*

Implementeren is het toepassen van bestaande en bewezen inzichten. Bij deze eenvoudige uitspraak zijn veel kanttekeningen te plaatsen. Wanneer is een inzicht nieuw? Wanneer bewezen? Wie moet het toepassen? Is iedereen het daarover eens? En wie heeft belang bij het resultaat? Iedere implementatie begint bij een vernieuwing of een verbetering. De leverancier van de vernieuwing of verbetering is veelal de zorgaanbieder of de wetenschap. Als het gaat om het leveren en beoordelen van nieuwe inzichten is de rol van verzekerden (potentiële zorggebruikers) en zorgaanbieders veel minder ingevuld. Door de inbreng van de verzekerde en de zorgverzekeraar te stimuleren zou implementatie van vernieuwingen een extra impuls kunnen krijgen. De verzekerde en de zorgverzekeraar kunnen invloed uitoefenen op het vormgeven van vernieuwingen in de praktijk van de zorgverzekering. Maar ook kunnen zij vanuit hun eigen achtergrond en motieven prioriteiten aangeven. Zij kunnen bepalen welke vernieuwing of verbetering in hun belang is. Dit hoofdstuk verkent de (mogelijke) rol van ziektekostenverzekeringen bij implementatie. Eerst wordt ingegaan op de randvoorwaarden die er zijn door implementatie te bekijken binnen het kader van sociale ziektekosten. Daarna wordt vernieuwing beschreven vanuit het perspectief van sociale ziektekosten. Vervolgens komen de verschillende belangen en verantwoordelijkheden van de belangrijkste actoren aan de orde. Tot slot volgt een beschrijving van de instrumenten en mogelijkheden van sociale ziektekostenverzekeringen om nu en in de toekomst implementatie van vernieuwingen te bevorderen.

### **Wettelijke kaders**

De wettelijke kaders scheppen twee randvoorwaarden voor vernieuwing en dus indirect ook voor implementatie. De eerste is dat de wet

beschrijft op welke zorg verzekerden recht hebben. Ten tweede geeft de wetgeving aan hoe de financiering geregeld is. Voor de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gelden verschillende regimes. De AWBZ is van toepassing is op vrijwel de gehele Nederlandse bevolking en de Zfw op ongeveer 64% van het totale aantal AWBZ-verzekerden. De andere 36% is particulier of niet verzekerd. De zorg voor deze groep valt buiten het perspectief van *sociale* ziektekostenverzekeringen, maar wordt wel door dezelfde zorgaanbieders geleverd.

### *De Ziekenfondswet*

In de Ziekenfondswet staat omschreven *wat* de zorg is waar een verzekerde recht op heeft (de verstrekking). Zo'n verstrekking bestaat uit meer dan een beschrijving van de zorg. Er hoort ook bij wat de voorwaarden zijn waaronder de zorg verstrekt mag worden. Zo is voor een consult bij een specialist een verwijzing door een huisarts noodzakelijk. In de Zfw staat ook *wie* de zorg mag leveren en in een aantal gevallen staat er zelfs *waar* de zorg geleverd moet worden. Dit laatste is bijvoorbeeld relevant als het gaat om dure apparaten of behandelingen die bijzondere expertise vragen. Over de rol van de zorgverzekeraar zegt de Zfw onder andere het volgende (artikel 38c): *Een ziekenfonds is verplicht zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren. Het treft de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn.* De zorgverzekeraar is er dus wettelijk verantwoordelijk voor dat er geen verspilling van middelen plaatsvindt.

### *Algemene wet bijzondere ziektekosten*

In de AWBZ is de zorg functioneel omschreven. Dat wil zeggen dat niet exact benoemd is wat het aanbod is en hoe het zorgproduct eruit moet zien. Wel is de functie van de zorg beschreven in zeven categorieën. Daardoor hebben zorgverleners de mogelijkheid om te variëren in het zorgaanbod, waardoor zij beter kunnen voldoen aan de vraag van de cliënt en waardoor zij de zorg kunnen aanpassen aan actuele inzichten. Dat betekent dat de AWBZ-zorg flexibeler geleverd kan worden dan de Zfw-zorg.

## Vernieuwen en verbeteren

Vanuit het perspectief van de sociale ziektekostenverzekering is een onderscheid tussen vernieuwing en verbetering van zorg relevant. Vernieuwingen zijn nieuwe vormen van zorg die niet passen binnen de omschrijving van een verstrekking. Bij verbeteringen gaat het om vormen van zorg die wel zijn omschreven als een verstrekking, maar waarvan de kwaliteit of doelmatigheid verhoogd kan worden (bijvoorbeeld door een organisatie aan te passen of door het beter volgen van bestaande richtlijnen, protocollen of standaarden). Verbeteringen kunnen door zorgaanbieders gerealiseerd worden binnen de bestaande wettelijke kaders. Vernieuwingen kunnen de grenzen van bestaande wettelijke kaders overschrijden. Het onderscheid tussen de twee is niet altijd even makkelijk te maken, maar is wel belangrijk. Het betekent dat de zorgverzekeraar of zorgaanbieder tevoren moet inschatten of een gewenste verandering binnen de bestaande wetgeving past. Een vernieuwing die in een experimentele omgeving slaagt, zal niet structureel geïmplementeerd kunnen worden zolang de wetgeving dat niet ondersteunt. Verandering van wetgeving is een gebied waar de zorgverzekeraar vaak beter dan de zorgaanbieder de (on)mogelijkheden kent.

## Belangen bij vernieuwen

Bij implementatie van vernieuwingen hebben de drie belangrijkste actoren (zorgverzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden) – ook gezien in het licht van sociale ziektekostenverzekering – elk eigen belangen. Wie heeft vanuit welke verantwoordelijkheid welke belangen?

De *zorgverzekeraar* is verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de verzekering. Hij moet binnen het gegeven budget optimale zorg inkopen en heeft een zorgplicht voor zijn verzekerden. Oftewel: de zorgverzekeraar wil waar voor zijn geld. Voor hem is de balans tussen kwaliteit en kosten doorslaggevend. Het belangrijkste (machts)middel van de zorgverzekeraar is het inkopen van zorg. Dat wil zeggen dat de zorgverzekeraar afspraken maakt met zorgaanbieders over productie, prestatie en prijs. Prestatie is in dit rijtje de minst gebruikelijke: afspraken maken over eindpunten en niet alleen over behandelingen.

De *zorgaanbieder* is verantwoordelijk voor de uitvoer en de kwaliteit van de zorg. Hij moet aan de eisen van de beroepsgroep voldoen en valt onder de Inspectie Gezondheidszorg of een vergelijkbaar regime. Daarnaast ontvangt de zorgaanbieder een bepaald inkomen uit de zorgverlening en wil dat handhaven. Oftewel: de belangrijkste verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder is het leveren van kwaliteit volgens hedendaags inzicht, waarvoor de zorgaanbieder zoveel mogelijk inkomsten wil ontvangen. Het belang van de zorgaanbieder is daarnaast het bieden van goede zorg en het hebben en houden van een goede werkomgeving met, afhankelijk van de zorgaanbieder, veel routine of juist veel verandering.

De *verzekerde* betaalt indirect via premies voor de zorg en ontvangt als patiënt zelf direct zorg. De verzekerde moet minimaal oordelen over de service en over die aspecten van zorg die niet al in de (minimale) kwaliteitseisen geregeld zijn. Oftewel: de verzekerde wil maximale zorg tegen een minimale premie.

Een implementatietraject zal soepeler verlopen en effectiever zijn als voor alle partijen het belang evident is. De betrokken partijen (zorgaanbieder, zorgverzekeraar, verzekerde) zouden er met elkaar achter moeten komen of de geplande vernieuwing voor alledrie even belangrijk is. In de praktijk is vaak pas achteraf duidelijk wat de uiteindelijke consequenties van de vernieuwing zijn. Daardoor verlopen veel implementatietrajecten moeizaam. Toch is van te voren op zijn minst deels in te schatten wat de gevolgen zijn voor taken, financiering, en rechten van de verzekerden.

Vanuit het oogpunt van een doelmatige zorgverzekering is er een continue behoefte om de zorg aan te passen aan de inzichten en mogelijkheden van het moment. Implementatie is dan de naam van het proces om de praktijk aan te passen aan de nieuwe inzichten en standaarden. De verzekerde heeft belang bij een vernieuwing als deze beter aansluit bij zijn behoeften, vooral als tegelijkertijd de premie van de verzekering niet verhoogd wordt. De wijze waarop verzekerden invloed op vernieuwing kunnen uitoefenen is voornamelijk indirect. De verzekerde kan via de zorgverzekeraar soms invloed uitoefenen op het inkoopbeleid, maar vaak is dit niet expliciet vormgegeven. Bij instellingen is het vaak mogelijk om via cliëntraden invloed uit te oefenen op het zorgaanbod, maar verder moet de verzekerde zijn stem laten horen via

de patiënten- en belangenverenigingen zoals de NPCF en de regionale patiënten/consumenten platforms.

### **Vernieuwen en financieren**

De grootste belemmering in het huidige financieringssysteem is dat de aanbieder het zorgaanbod bepaalt en daarvoor budget ontvangt. Veel aanbieders vinden het niet aantrekkelijk of zelfs lastig om over de eigen grenzen heen samen te werken of om een deel van het takenpakket af te staan. Vernieuwen is dan niet in hun eigen belang. Een voorbeeld hiervan is de zorg voor patiënten met chronische luchtwegaandoeningen. Deze zorg wordt onder andere geleverd door de huisarts, de longarts, de fysiotherapeut en de diëtist. Samen vormen zij één behandelketen maar iedere zorgaanbieder wordt op een andere manier gefinancierd. Zowel de zorgverzekeraar (meer kwaliteit tegen lagere kosten) als de verzekerde (zorg die om de verzekerde heen geregeld is) heeft belang bij de implementatie van dergelijke zorgketens. Maar implementatie van een zorgketen is lastig als afspraken over de financiering van deze zorg pas na het proefdraaien geregeld worden. Er ontstaat vooral een probleem als partijen (vanuit hun eigen belang) niet persé willen vernieuwen en financiële of formele aspecten kunnen aangrijpen om niet voortvarend aan de slag te gaan.

Voor zorgaanbieders die wel ketenzorg willen leveren lukt het uiteindelijk meestal wel om de financiering aan te laten sluiten, maar dat kost vaak veel moeite en kent een ingewikkelde administratieve afhandeling. Juist omdat de financiering via diverse zorgaanbieders loopt vormt de huidige financieringsstructuur vaak een belemmering voor implementatie van vernieuwing. Om die implementatie te vergemakkelijken zou het helpen als de financiering meer ruimte biedt om aan de zorg zelf gekoppeld te worden.

### **Instrumenten van de zorgverzekeraar om implementatie te bevorderen**

- Voor zorgverzekeraars is de balans tussen kwaliteit en kosten doorslaggevend. Vanuit die belangenoverweging heeft de zorgverzekeraar verschillende instrumenten tot zijn beschikking om het proces van implementatie van vernieuwingen of verbeteringen te stimuleren.

- *Verstrekkingengeschillen.* Een verstrekkingeschil ontstaat als een verzekerde het niet eens is met het besluit van een zorgverzekeraar om bepaalde zorg niet te vergoeden. Het kan gaan om nieuwe behandelingen waar nog onvoldoende onderzoek naar is gedaan, behandelingen waar geen evidence voor is of behandelingen die zijn uitgesloten van de verzekering. Door een verstrekkingeschil wordt duidelijk of er sprake is van een vernieuwing. De zorgverzekeraar motiveert waarom de zorg niet valt onder de zorg waar de verzekerde recht op heeft. Verstrekkingengeschillen kunnen daarmee het begin zijn van de discussie of een vernieuwing wel of niet wenselijk is.
- *Initiatiefruimteprojecten* (voorheen flexizorg). De zorgverzekeraar kan besluiten om een deel van zijn budget te gebruiken voor nieuwe vormen van zorg die niet zijn omschreven in de Zfw. Zo kan de zorgverzekeraar voor de afstemming en coördinatie van bijvoorbeeld zorg bij hart- en vaatziekten een stichting financieren die deze taak op zich neemt. Door dit te doen kan de verzekeraar de implementatie van ketenzorg stimuleren. Voor de nabije toekomst wordt er in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen naar gestreefd om zorgverzekeraars voor een groter gedeelte van het budget deze flexibele mogelijkheid te geven.
- *Programma zorgverbetering (inclusief de doorbraakmethode).* Dit is een programma van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) ter bevordering van 'goede praktijken' (vaak ook best practises genoemd). Voorwaarde is dat er een bewezen goede praktijk bestaat en dat zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen een plan indienen. Zo is op dit moment het CVZ medefinancier van projecten die ketenzorg voor diabetespatiënten bevorderen.
- *Voorwaarden in de verzekering.* In de Zfw kunnen voorwaarden voor de verstrekking zijn opgenomen. Door deze voorwaarden te handhaven kan de zorgverzekeraar invloed uitoefenen op de implementatie van bepaalde kennis. De zorgverzekeraar kan controleren of aan een voorwaarde wordt voldaan in de praktijk en op die manier het toepassen van nieuwe kennis stimuleren. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het toepassen van bepaalde richtlijnen. Zo is er voor het gebruik van groeihormoon bij kinderen vooraf toestemming noodzakelijk van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt de aanvraag niet zelf maar laat dit doen door een

stichting die landelijk alle aanvragen beoordeelt. Inzichten met betrekking tot de indicatie en toepassing van groeihormoon kunnen door deze stichting teruggekoppeld worden naar de voorschrijver en het onthouden van vergoeding kan gebruikt worden als sanctie.

- *Spiegelinformatie.* De zorgverzekeraar heeft de mogelijkheid om een zorgaanbieder te confronteren met zijn prestaties in vergelijking tot de prestaties van collega's. Dit instrument kan gebruikt worden om te volgen of in hoeverre nieuwe inzichten worden toegepast. De zorgverzekeraar kan de spiegelinformatie gebruiken om met de zorgaanbieder na te gaan of gewenste vernieuwing en verbetering zijn doorgevoerd.
- Naast het bevorderen van implementatie komt het ook voor dat het – vanuit het perspectief van de sociale ziektekostenverzekering – wenselijk is om de ontwikkeling en toepassing van vernieuwingen door zorgaanbieders bij te sturen. Zo kan door middel van onderzoek de toelating van nieuwe technologie en behandelingen gereguleerd worden. Voorbeelden van dergelijke gereguleerde vernieuwing zijn het programma ontwikkelingsgeneeskunde (ZFR/CVZ) en het programma doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Doel is daarbij om de kosten en baten van vernieuwingen vast te stellen alvorens een besluit tot grootschaliger toepassing wordt genomen.

Vooraf bij vernieuwingen (en verbeteringen) die over het domein van één zorgaanbieder heen gaan kan de zorgverzekeraar een rol spelen door het initiatief te nemen de zorgaanbieders op een andere dan de gebruikelijke manier te contracteren. Door het maken van afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar kan er meer zorg op maat ontwikkeld worden. Daardoor is er ook een groter risico dat er een diversiteit aan lokale initiatieven ontstaat waarbij het wiel steeds opnieuw wordt uitgevonden. Die balans tussen lokale behoefte en landelijke inzichten zal vanuit een doelmatige ziektekostenverzekering landelijk gevolgd moeten worden.



### Casus Ruggoli

De rugpoli is een voorbeeld van een vernieuwing waarvan de verspreiding langzaam verloopt omdat het nieuwe zorgaanbod niet past binnen de bestaande structuur van zorgfinanciering. Het gaat om een groep mensen die arbeidsongeschikt is of dreigt te worden vanwege rugklachten. Deze groep mensen valt tussen ziek en arbeidsongeschikt dus respectievelijk tussen zorg en arbozorg in. Een mogelijke oplossing voor deze mensen bestaat eruit om ze een training in een rugpoli te laten volgen. De behandelaars die bij deze training betrokken zijn maken deel uit van verschillende 'verstrekkingen'. Een centrale rol is er voor fysiotherapeut (paramedische zorg) en psycholoog (eventueel AWBZ indien RIAGG, anders niet verzekerd), waar nodig bijgestaan door neuroloog, orthopeed, revalidatiearts of anesthesist (medisch specialistische zorg en revalidatiezorg). De rugtraining als product is niet omschreven in Zfw of AWBZ. De rugtraining wordt veelal aangeboden door commerciële zorgaanbieders die hun financiering halen uit subsidies om mensen in het arbeidstraject terug te laten keren en uit bijdragen van werkgever en werknemer.

De zorgverzekeraar kan in overweging nemen dat met het aanbieden van een rugtraining latere klachten en dus kosten, kunnen worden voorkomen. De zorgverzekeraar heeft dan drie mogelijkheden om deze zorg aan zijn verzekerden aan te bieden:

- 1 de zorg wordt aangeboden als onderdeel van de aanvullende verzekering;
- 2 de zorg wordt aangeboden in het kader van de Initiatiefruimte ziekenfondsverzekering;
- 3 de zorg wordt opgesplitst in onderdelen die wel en niet gefinancierd kunnen worden vanuit de Zfw/AWBZ en het overige deel wordt ten laste van de werkgever of werknemer gebracht.

In de huidige praktijk wordt de implementatie van dit type zorg vooral belemmerd omdat de financiering onduidelijk geregeld is (zorg en arbozorg). Initiatieven van zorgaanbieders om multidisciplinair te gaan werken worden daardoor bemoeilijkt. Daarnaast is het ook nodig dat dit type vernieuwing standaard geëvalueerd wordt. Wat zijn de resultaten, hoe bevalt het de verzekerde?

## **Toekomst, vernieuwing en implementatie**

In de toekomst is het denkbaar dat zorgverzekeraars onderscheid gaan maken in hun contracten met zorgaanbieders in de mate waarin deze al of niet geacht worden vernieuwend bezig te zijn. De zorgverzekeraar kan in zijn contracten onderscheid maken tussen ‘vernieuwende’ en ‘standaard’ zorgaanbieders. Hoe meer een zorgaanbieder zich bevindt op de uiterste routinekant van het spectrum, des te meer zal er van deze zorgaanbieder verwacht worden dat het aanpassen aan hedendaagse standaarden (implementatie van bewezen kennis) een vanzelfsprekend onderdeel van de bedrijfsvoering is. De vernieuwende zorgaanbieder krijgt meer ruimte voor het ontwikkelen en evalueren van nieuwe inzichten. De zorgverzekeraar zal dan de implementeerbaarheid /overdraagbaarheid van deze inzichten moeten inschatten. De rol van de verzekerde en van de patiënt is om de prioritering van de zorgverzekeraar te sturen door middel van zijn stem of zijn voeten. Dit laatste gebeurt pas op kleine schaal. Het aantal verzekerden dat jaarlijks van ziekenfonds wisselt is nog steeds een verre minderheid.

De zorgverzekeraar zal de verschillende zorgaanbieders goed moeten kennen en daarom lijkt het noodzakelijk dat er meer regionaal gewerkt wordt. Werken in de regio maakt dat de verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraar samen om de tafel kunnen. Belangrijk is dus ook een goede informatievoorziening: welke zorg wordt waar geleverd en wat is er al over bekend.

Investeren in implementatie is investeren in verzekerden en investeren in zorgverzekeraars die het nut, de noodzaak en de kwaliteit van vernieuwing kunnen beïnvloeden en beoordelen.

## Zorgverzekeraar als hoeder van het patiëntenperspectief

*Aldien Poll, adviseur zorginnovatie bij zorgverzekeraar Agis*

### *Welke verantwoordelijkheid ziet Agis voor zichzelf weggelegd bij zorgvernieuwing?*

“De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg vind ik in eerste instantie liggen bij de aanbieders van zorg. Als het gaat om het toetsen van die kwaliteit is er natuurlijk een rol van de inspectie, maar die richt zich nu voornamelijk op het toetsen van veiligheid. Blijft over de algehele monitoring: wordt de zorg op elkaar afgestemd, is er ketenzorg, werken ziekenhuizen samen, werken huisartsen samen? Dat lijkt me een maatschappelijk belang, dus een taak van de overheid. Maar de hele tendens is er naar om die rol bij verzekeraars neer te leggen. Dat vind ik prima, maar het ministerie moet dan met het overdragen van die verantwoordelijkheid ook het geld dat nodig is om te toetsen overdragen. Het is natuurlijk vreemd dat de zorgverzekeraars private bedrijven moeten worden die met elkaar moeten concurreren en tegelijkertijd maak je ze verantwoordelijk voor de kwaliteit van het hele zorgsysteem. Maar ik zou, onder de huidige omstandigheden, ook niet weten hoe je het anders moet doen.”

### *Wat verwacht u van andere partijen?*

“Dat ze bij implementatie van vernieuwingen ook de financiering meenemen, de patiënttevredenheid en de inbedding in het gezondheidszorgsysteem daaromheen. Er wordt veel te geïsoleerd naar één knelpunt gekeken, maar vergeten wat de effecten zijn op de omgeving. Daardoor is zo'n vernieuwing ook heel moeilijk te borgen, terwijl dat juist een basaal onderdeel van implementatie moet zijn. Je ziet nu het wonderlijke verschijnsel om een heel nieuw ziekenhuis te beginnen, zodat je in een keer alle innovaties kunt doorvoeren. Dat lukt nog ook, maar als je daar over tien jaar een nieuwe vernieuwing wilt invoeren, mislukt het. Verder zouden we het volume van implementa-

ties moeten opvoeren. Waarom niet in een hele regio een innovatie invoeren in plaats van in één ziekenhuis of één zorgketen? Dat kan de implementatie enorm bevorderen, want dan gaat het ergens over. Zo'n geïsoleerde vernieuwing verdwijnt in de massa."

*Welke issues spelen er de komende jaren?*

"Naast het verder uitwerken van het beloningssysteem – hoe beloon je vernieuwing? – is onderzoek naar patiënttevredenheid het thema voor de komende jaren. We ontwikkelen en implementeren innovatieve projecten met aanbieders van zorg. De patiënt speelt daarin geen enkele rol. De aanbieder bepaalt dus wat goed is voor de patiënt zonder hem daar expliciet naar te vragen. Agis heeft voor het meten van de ervaringen van de gebruiker van de gezondheidszorg inmiddels een mooie vragenlijst laten ontwikkelen. Deze meet op toegang, kwaliteit en bejegening. Maar ook op uitkomsten: hoe voel je je, ben je er beter van geworden of voel je je juist slechter? Daarmee heb je bijvoorbeeld elke drie maanden een monitor. Waarschijnlijk is de lijst komend jaar klaar voor toepassing en als het aan mij ligt zijn de uitkomsten voor iedereen toegankelijk. Ziekenhuizen kunnen dan actie ondernemen op onderdelen waar ze matig op scoren. Patiëntenorganisaties kunnen er ook iets mee. En verzekeraars kunnen met de gegevens in de hand de contractbesprekingen ingaan. Het geeft je een enorme onderbouwing om je inkoopbeleid een bepaalde kant op te sturen. Zo kun je echt vorm geven aan je taak als belangenvertegenwoordiger. Ik zie nog wel wat hobbels, want wie gaat het betalen en beheren? En hoe benauwend is het voor ziekenhuizen en artsgroepen? Die zijn daar natuurlijk helemaal niet aan gewend. Deze vragen zullen we met elkaar, met alle betrokkenen moeten beantwoorden. Mijn ideaalplaatje is dat alle zorgverzekeraars in Nederland er gebruik van gaan maken."

## **Vraagsturing in de gezondheidszorg als voorwaarde voor vernieuwing**

*Denijs Guijt*

Implementeren is kort gezegd het managen van vernieuwing of innovatie. Cruciaal daarbij is de aansturing van de hulpverleners, maar vaak wringt juist daar de schoen: het is moeilijk om – van buitenaf – het professionele handelen te veranderen. Ook in deze uitgave wordt daar door diverse schrijvers aan gerefereerd. De gezondheidszorg maakt een periode door waarin een kanteling van aanbodsturing naar vraagsturing wordt bepleit en plaatsvindt. Dat maakt dat ook de aansturing van hulpverleners zal veranderen. Dit hoofdstuk gaat hierop in en behandelt daarmee de betekenis van vraagsturing voor een succesvolle implementatie. Eerst zal stil worden gestaan bij de vraag wat vraagsturing inhoudt. Nadat vraagsturing is beschreven wordt ingegaan op de mogelijkheden die vraagsturing biedt voor het implementatiedenken.

### **Vraagsturing meer dan modeverschijnsel**

Vraagsturing staat volop in de belangstelling. Over de noodzaak van de ‘kanteling’ van aanbodsturing naar vraagsturing is iedereen het eens: de politiek, de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties, zelden waren ze zo eensgezind. Vraagsturing lijkt daardoor als panacee voor allerlei voorkomende problemen te fungeren. Een dergelijke sectorbrede steun roept echter vraagtekens op. Het maakt duidelijk dat een algemeen pleidooi voor ‘meer vraagsturing’ niet zo heel veel zegt. Ieder heeft immers zijn eigen redenen om vraagsturing te omarmen. Zonder duidelijk aan te geven wat precies onder vraagsturing wordt verstaan en voor welk – en wiens – probleem vraagsturing als de oplossing wordt gezien, blijft het een slag in de lucht. Vraagsturing is geen toverformule en ontslaat de politiek niet van lastige keuzes. Het biedt echter voor de vernieuwing van de zorg wel volop kansen.

### Vraagsturing als breder begrip

Oorspronkelijk definieerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 1998 vraagsturing als: facilitering van vraaggerichte zorgverlening. Later maakte de Raad een aanvullend onderscheid tussen sturing *op* de vraag (via zaakwaarnemers zoals de zorgverzekeraar), *van* de vraag (door rekening te houden met de zorgvrager) en *door* de vraag (door de patiënt zelf). Anderen noemen emancipatie, democratisering en zeggenschap als belangrijke kenmerken van vraagsturing (Van der Kraan) en Bosselaar kleurt vraagsturing in vanuit drie verschillende motieven: politiek-economische, institutionele en sociaal-politieke.

In deze bijdrage wordt niet zozeer ingegaan op de definitie van het begrip, maar zien we vraagsturing als een proces dat uit een drietal ontwikkelingen bestaat:

- toenemende transparantie en marktwerking;
- ontwikkeling van vraaggerichtheid als kerncompetentie van professionals;
- toenemende emancipatie en empowerment van patiëntengroepen.

In het vervolg van dit betoog worden deze drie ontwikkelingen beschreven en worden hun implicaties voor de implementatie van vernieuwingen verkend.

### Marktwerking en transparantie

Vanwege de imperfectie die deze markt kenmerkt heeft de gezondheidszorg zich jarenlang buiten het 'spel' van vraag en aanbod ontwikkeld. Totdat de overheid in de tachtiger jaren van de vorige eeuw op basis van het rapport van de Commissie Dekker vormen van gereuleerde marktwerking wilde gaan invoeren. De overheid onderkende voor het eerst dat er voor de zorgconsument iets te kiezen moest zijn. Dat impliceerde dat er binnen de gezondheidszorg kwaliteits- en prijsverschillen bestaan, waarbij overigens de overheid toen het accent vooral op het laatste legde. Via een keuze voor een zorgverzekering – het zogenaamde 'stemmen met de voeten' – moest de patiënt de verzekeraar tot grotere doelmatigheid aanzetten.

Veel is er in de decennia daarna niet van deze stelselherziening tot stand gekomen. De introductie van meer marktwerking leek dan ook te zijn

vastgelopen in stelsel­discussies en besluiteloosheid. Met de komst van de nota's 'Zorg Aanbod' en de patiëntennota 'Met Zorg Kiezen' pakte de overheid begin van deze eeuw de draad echter weer voortvarend op. Daarbij verschoof het accent naar de verbetering van de kwaliteit van de zorg en de rol van de patiënt. Deze krijgt in zijn rol van mondige zorg­consument meer verantwoordelijkheden toebedeeld. De overheid wil kwaliteitsverschillen in de zorg zichtbaar maken en de patiënt meer keuzemogelijkheid bieden. Dit in de verwachting dat patiënten bij hun keuze goede dienstverlening zullen belonen en slechte zullen afstraffen. De beschikbaarheid van goede, betrouwbare en laagdrempelige kwaliteitsinformatie is hiervoor een voorwaarde. Verwacht wordt dat deze liberalisering zich de komende jaren verder zal voortzetten en er wordt dan ook binnen de gehele zorg hard gewerkt aan prestatie-indicatoren, benchmarks en consumenteninformatie. Door het loslaten van de budgetfinanciering en de contracteerplicht en het toelaten van nieuwe aanbieders worden bovendien nieuwe marktelementen geïntroduceerd. Met de komst, en recentelijk de verruiming, van het persoonsgebonden budget (PGB) wordt daarnaast de consumentenmacht versterkt. Als 'klant' op de 'zorgmarkt' kan de patiënt voor het eerst daadwerkelijk zelf zorg inkopen. Het gevolg is dat de individuele zorgconsument directe invloed heeft op de zorg- of dienstverlening die hij of zij ontvangt, waardoor er beter rekening wordt gehouden met zijn of haar persoonlijke wensen. Het percentage patiënten dat gebruik maakt van een PGB is nu nog relatief klein (enkele tienduizenden), maar groeit snel. Een percentage van vijf procent levert al voldoende dynamiek op om veranderingen te bewerkstelligen.

Ook zonder dat de patiënt zijn eigen zorg hoeft in te kopen, zoals dat bij het PGB het geval is, zal een grotere transparantie van het zorgaanbod zijn keuze naar verwachting steeds meer gaan bepalen. Omdat in een concurrerende verzekeringsmarkt ook zorgverzekeraars moeten dingen naar de gunst van de patiënt/verzekerde en zij dit slechts gedeeltelijk via de premie zullen kunnen doen, wordt het voor verzekeraars steeds belangrijker om via goed contracteerbeleid de gewenste zorg in te kopen. Natuurlijk ligt het beeld genuanceerder, maar slecht 'scorende' artsen, fysiotherapeuten, thuiszorginstellingen en andere zorgaanbieders zitten in de toekomst óf zonder patiënten óf zonder contract met een zorgverzekeraar. Voor de implementatie van vernieuwingen is dit een belangrijk gegeven.

## Vraaggerichtheid als competentie

De ontwikkeling van vraagsturing staat ook voor een omslag in het professionele denken. Steeds meer vormt de patiënt daarin vertrekpunt van het handelen. Toenemende professionalisering, specialisatie en technologische mogelijkheden hebben in de vorige eeuw de persoon achter de patiënt ver naar de achtergrond gedrongen. Vanaf de jaren zeventig kwam hier kritiek op: zowel uit de hoek van de (mens)wetenschappers als van patiëntengroepen en hulpverleners zelf. Nu, zo'n dertig jaar later, staat de patiënt volop in de schijnwerpers. Overal in de gezondheidszorg worden initiatieven genomen om vraaggericht werken te introduceren. Aan de inhoud van de zorg en de inrichting van het primaire proces wordt op tal van plaatsen en door vrijwel alle beroepsgroepen hard gewerkt. Werkroutines worden herzien waarbij de patiënt centraal wordt gesteld. Een greep uit de vele voorbeelden is de introductie van belevingsgerichte zorg in de verzorging en verpleging, de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg, de inbedding van het patiëntenperspectief bij de ontwikkeling van richtlijnen, de opzet van een patiëntvriendelijke borstkanker-polikliniek, de introductie van levensloopbestendig wonen, ketenzorg en ga zo maar door. Ontegengelijk heeft de overheid met de Kwaliteitswet, waarin ook patiëntgerichtheid als kwaliteitseis wordt genoemd, aan deze ontwikkeling bijgedragen en heeft het tripartite Leidschendamoverleg tussen patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars hieraan een belangrijke impuls gegeven. Langzaam maar zeker wordt de zorg meer en meer vraaggericht en komt zij zowel tegemoet aan wensen en behoeften van patiënten als aan professionele eisen en standaarden. Deze ontwikkeling vindt breed plaats en krijgt ook internationaal een verankering. Vraaggericht werken heeft kortom een duidelijke plaats gekregen in het kwaliteitsdenken van professionals en ontwikkelt zich daarbij, zeker wat bepaalde beroepen betreft, tot een kerncompetentie.

In het licht van deze uitgave over implementatie is de betekenis hiervan groot. We weten immers dat de aansturing van professionals via de inhoud van het eigen vakgebied verloopt. Als je dokters wilt veranderen, moet je hen met andere woorden uitdagen – en niet opjagen. Hun 'winst' is groter vakmanschap. Hun drive is kwaliteit. Toch zien we in de praktijk dat innovaties, ondanks dat die in de vakbladen een stevige wetenschappelijke onderbouwing hebben gekregen



en ook succesrijk zijn gebleken, zich niet of maar heel langzaam binnen de gezondheidszorg verspreiden. Angst voor verlies van de professionele autonomie en vermeende inhoudelijke verschraling van 'eigen' handelen staan daarbij vernieuwing soms in de weg. Bovendien zijn de opbrengsten van nieuwe werkvormen niet altijd helder. 'Waarom moet de bestaande praktijk eigenlijk veranderen? Het is toch altijd goed gegaan?'

Het is dan ook belangrijk om aan te geven waarom een bepaalde innovatie nodig is en juist hier ligt de relatie met vraaggerichtheid. Door te appelleren aan de meerwaarde voor de patiënt wordt de professional die vraaggerichtheid als competentie ziet, gemotiveerd. Veranderaars moeten zich er van bewust zijn dat het meestal niet de professionals zelf zijn die hun werkwijze willen veranderen. Vaker komt dit voort uit de wensen of eisen van 'anderen': het management, de politiek, de financier, et cetera. Vernieuwingen moeten echter, hoe legitiem en noodzakelijk ze ook mogen zijn, ook voor de uitvoerende professionals (als dragers van de verandering) meerwaarde en betekenis hebben. Appelleren aan vraaggerichtheid als kerncompetentie van het professionele handelen biedt deze meerwaarde. Anders gezegd, de levenskwaliteit van de patiënt is gaan behoren tot het domein van de professional waarop hij aangesproken wil worden.

Een andere reden waarom de verspreiding van innovaties hapert is dat het in de huidige situatie nog veelal ontbreekt aan incentives. Er zijn weinig prikkels die de professionele zorgverlener werkelijk uitdagen en aanzetten tot verandering. Kwaliteit zal, en dit sluit aan bij de paragraaf over transparantie en marktwerking, zichtbaar moeten worden gemaakt en beloond. In positieve zin (aanzien, erkenning, hogere verdiensten), maar wellicht ook in negatieve zin (verlies van positie, sancties).

Transparantie maakt niet alleen marktwerking mogelijk, het betekent ook dat professionals worden geprikkeld en uitgedaagd om beter en (dus) meer vraaggericht te gaan werken.

### **Empowerment van patiënten**

Tot nu toe is vraagsturing beschreven in economische en professionele termen, maar eerst en vooral is het een emancipatoir begrip. Aan het denken over en de ontwikkeling van vraagsturing heeft de patiënten-

beweging in belangrijke mate bijgedragen. Democratiserings- en emancipatietendensen die zich vanaf de zestiger jaren van de vorige eeuw hebben gemanifesteerd, hebben ook in de gezondheidszorg en bij patiëntenorganisaties hun doorwerking gehad. Er ontstond een patiënten*beweging* die zich in toenemende mate de emancipatie van de patiënt ten doel stelde. De traditionele positie als afhankelijke en onmondige patiënt werd niet langer geaccepteerd. Patiënten werden zich bewust van hun eigen positie en formuleerden een eigen patiëntenperspectief: soevereiniteit, ondeelbaarheid van de persoon, volwaardig burgerschap, solidariteit tussen zieken en gezonden, en erkenning van ervaringsdeskundigheid.

Later werd hieraan het begrip 'empowerment' toegevoegd. Dit streven gaat in tegenstelling tot het emancipatiedenken niet uit van een achterstandspositie, maar juist van de kracht en vermogens van patiënten. Dit streven, dat patiënten ook verder wil toerusten, vormt thans de basis van het patiëntenbeleid van de overheid. Nadat in de jaren daarvoor de rechtspositie van individuele patiënten was versterkt en de collectieve patiëntenbeweging als belanghebbende partij was erkend en een plaats in de beleidsarena had gekregen, staat nu de toerusting van de patiënt als zorgconsument centraal. Dat betekent overigens ook dat er zekere verantwoordelijkheden bij de patiënt worden neergelegd. Door zijn wensen en voorkeuren beter te verwoorden en keuzes te maken in zorg of verzekering, is de verwachting dat de patiënt op die manier sturing geeft aan het eigen leven en aan de inrichting van de zorg.

Patiëntenorganisaties beschikken in aanvulling op deze consumentenrol over tal van mogelijkheden om veranderingen in de zorg te realiseren of af te dwingen, zoals:

- inspraak en overleg (als derde partij bij bijvoorbeeld het reeds genoemde Leidschendamoverleg, de regiovisies of de RIO's);
- voorlichting (bijvoorbeeld over de kindvriendelijkheid van ziekenhuizen);
- inbreng van ervaringsdeskundigheid (bijvoorbeeld participatie in richtlijnontwikkeling of de inbreng in het curriculum van opleidingen);
- demonstraties en maatschappelijke acties (bijvoorbeeld tegen het invoeren van een eigen risico of voor de vergoeding van bepaalde geneesmiddelen);

- de rechtspraak (bijvoorbeeld het aan de kaak stellen van de wachtlijsten in het kader van het recht op zorg);
- inkoopmacht (bijvoorbeeld door het PGB);
- de media en publieke opinie (door optredens in actualiteitenrubrieken of populaire medische programma's);
- het aangaan van strategische allianties met andere partijen (zoals zorgverzekeraars of de farmaceutische industrie).

De mogelijkheden van patiëntenorganisaties om gewenste veranderingen te realiseren of af te dwingen zijn kortom legio. Bij het ontwikkelen van een implementatiestrategie worden ze echter nog nauwelijks benut. Voor het implementeren van vernieuwingen zullen patiëntenorganisaties dan ook belangrijke bondgenoten blijken.

### **Conclusies**

Vraagsturing, opgevat als een proces bestaande uit marktwerking, vraaggerichtheid en empowerment van patiëntengroepen, kan veranderingen in de gezondheidszorg uitlokken en versterken.

Kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders zullen steeds beter zichtbaar worden en zorgaanbieders moeten in onderlinge concurrentie gaan dingen naar de gunst van de zorgconsument. Zorginstellingen en individuele zorgverleners die achterblijven in de kwaliteit van hun dienstverlening zullen zichzelf uiteindelijk uit de markt prijzen.

Situaties zoals die nu bestaan en waarin het soms meer dan vijftien jaar duurt voordat evidente verbeteringen van de zorg zich daadwerkelijk binnen de Nederlandse gezondheidszorg hebben verspreid, behoren daarmee naar verwachting tot het verleden.

Meer transparantie zal daarbij de voorlopers en vernieuwers stimuleren. Voorwaarde om kwaliteit te kunnen belonen, zowel in geld als in professionele erkenning en status, is immers dat kwaliteitsverschillen zichtbaar worden gemaakt. Vraaggerichtheid zal daarbij naar verwachting steeds nadrukkelijker een onderdeel van het professionele handelen worden waarop hulpverleners zich zullen willen onderscheiden. Dit is niet alleen goed voor de patiënt, maar het komt ook de zorgverlener ten goede. Uit onderzoek in de thuiszorg is bijvoorbeeld bekend dat een meer vraaggestuurde manier van werken meer voldoening en

arbeidsvreugde schenkt. Als hiermee bij de implementatie rekening wordt gehouden, zullen vernieuwingen makkelijker worden geaccepteerd.

De burger van nu is mondig geworden, kritisch, zelfbewust en hij weet wat hij wil. Ten slotte zullen het de patiënten zijn die vernieuwing en innovatie zullen afdwingen. Een arsenaal aan beïnvloedingsmogelijkheden staat patiëntenorganisaties daarbij ter beschikking. Het beschikbaar komen van steeds betere en meer laagdrempelige keuze-informatie, de uitbreiding van het PGB en de introductie van keuzemogelijkheden zullen daarbij naar verwachting grote gevolgen hebben.

De betekenis van dit alles voor het denken over de implementatie en verspreiding van vernieuwing binnen de gezondheidszorg is evident. De ontwikkeling naar meer vraagsturing, zoals in deze bijdrage geschetst, biedt volop kansen. Niet alleen zal vraagsturing innovaties uitlokken, maar ook helpen verspreiden. Vanuit een implementatie-oogmerk zal deze betekenis verder moeten worden uitgewerkt en verfijnd.

## **Verpleging en verzorging op volle kracht vooruit**

*Yvonne Heijnen, programmaleider Wetenschap in praktijk van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (LEVV)*

“In 2010 hebben we in de verpleging en verzorging enorm veel winst geboekt als het gaat om evidence based handelen. Verpleegkundigen en verzorgenden baseren hun beslissingen en hun handelen op de best beschikbare wetenschappelijke kennis, hun klinische ervaring, de wensen van de patiënt en de omstandigheden. Ze werken met landelijke richtlijnen en de efficiëntie van hun zorg neemt toe. Verpleegkundigen en verzorgenden komen weer toe aan hun kerntaak: goede zorg leveren aan patiënten. Er is sprake van kwalitatief goede zorg en de patiënttevredenheid stijgt. De patiënt zal alsmaar mondiger worden, het patiëntendossier is zijn eigendom en hij heeft zeggenschap wie er inzage in mag hebben. Dat heeft consequenties voor de relatie tussen patiënt en verpleegkundige of verzorgende. Er kan meer een onderhandelings situatie ontstaan. De patiënt zal ook steeds meer bepalen van welke zorginstelling hij zorg afneemt. De beweging zal toenemen. Dat geldt ook voor de verzorgende en verpleegkundige. Zij zullen de zorgketen die patiënten doorlopen, volgen en een nadrukkelijke rol krijgen als coördinator van dat hele proces. De autonomie van verpleegkundigen en verzorgenden is sterk toegenomen, want de taakherschikking tussen artsen, verpleegkundigen en verzorgenden is dan een heel eind gevorderd. Telkens ingezet vanuit het perspectief van de patiënt: welke deskundigheid is in deze situatie geboden? Er zal in 2010 ook een verpleegkundig en verzorgend opleidingscontinuüm bestaan, naar analogie van het medisch opleidingscontinuüm. Het LEVV is in 2010 een gerenommeerd instituut dat zorg draagt voor het verzamelen, bewerken en verspreiden van kennis. Met als doel de professionele uitoefening van de zorg door verpleegkundigen en verzorgenden te vernieuwen en op een kwalitatief hoger niveau te brengen. Maar dan moeten we van het kabinet wel een beetje de ruimte krijgen.”

*Wat moet er gebeuren zodat het verpleegkundig en verzorgend handelen wetenschappelijk onderbouwd is?*

“Er blijkt al veel wetenschappelijke kennis te zijn. De uitdaging is om die ook daadwerkelijk in de praktijk toe te passen. Daar zal het LEVV, als intermediair tussen wetenschap en praktijk, zich de komende jaren nog nadrukkelijker op storten. De wetenschappelijke verhandelingen behoeven een grondige vertaalslag voor de praktisch gerichte verpleegkundigen en verzorgenden. We doen dat onder andere in de vorm van handzame boekjes. In colleges presenteren we resultaten van wetenschappelijk onderzoek en signaleren we trends uit het veld. Naar analogie van de NHG-standaarden, willen we specifieke richtlijnen (laten) ontwikkelen voor verpleegkundigen en verzorgenden. Daar houdt tot nu toe geen enkel instituut zich specifiek mee bezig. Afzonderlijke ziekenhuizen ontwerpen zelf wel richtlijnen, maar van verspreiding is amper sprake. We zijn nu aan het bekijken op welke terreinen er richtlijnen moeten komen, welke kennis richtlijnrijp is en wie ze gaat ontwikkelen. De AVVV, koepelorganisatie van ruim vijftig beroepsorganisaties voor verpleegkundigen en verzorgenden, kent inmiddels een toetsingscommissie die de landelijke richtlijnen gaat toetsen. De LEVV coördineert de implementatie van de richtlijnen en zet ze in de databank. Omdat we nauw samenwerken met de AVVV, hebben we als groot voordeel dat we de beroepsgroepen daadwerkelijk kunnen betrekken bij de implementatie. De AVVV ondersteunt bijvoorbeeld het opzetten van verpleeg- en verzorgadviesraden binnen instellingen.”

*Tegen welke hobbels lopen jullie op?*

“We staan als LEVV nog in de beginfase, maar een belangrijk verschil met zelfstandige zorgverleners is dat verpleegkundigen over het algemeen binnen instellingen werken. Innovaties moeten dus passen binnen een organisatiecultuur en je bent erg afhankelijk van het management. Als de leidinggevende het niet ziet zitten, kun je wel ophouden. In dat soort situaties zijn die adviesraden en de beroepsverenigingen van groot belang: als het management niet meewerkt, zal het vanuit de beroepsgroepen zelf moeten komen. Wij willen hen hiervoor de kennis aanreiken.”

## 8

# Nieuwe en recent ingeslagen wegen voor ZonMw

*Jacomine Ravensbergen*

De ZonMw-aanpak van implementatie werkt goed, maar kan nog beter. Dat is eigenlijk de conclusie die we na zes jaar ZON en ZonMw kunnen trekken. We hebben veel geleerd en veel bereikt, maar we willen nog meer. ZonMw is erin geslaagd haar hele werkwijze zo in te richten dat in alles van meet af aan rekening wordt gehouden met toekomstige implementatiekansen van projectresultaten. Dat zal, nu de uitkomsten van de eerste programma's zichtbaar worden, op korte termijn leiden tot een stroom van mogelijke vernieuwingen waar de praktijk haar voordeel mee kan doen. Maar we willen meer. We willen dat de praktijk die vernieuwingen ook daadwerkelijk oppakt en gaat toepassen. De crux is alleen dat daarin niet ZonMw, maar de praktijk zelf bepalend is. Wij kunnen vernieuwingen gebruikersklaar maken, mooi inpakken en dan bij de voordeur van de praktijkinstelling afleveren. We kunnen op de deur kloppen, bonzen of proberen de portier te verleiden met wat zakgeld in de vorm van een implementatiebudget(je). Of we kunnen de praktijkwerkers ertoe overhalen om eens bij ons op bezoek te komen en ze dan allerlei cadeautjes meegeven waar ze thuis mee kunnen spelen. Maar wát we ook doen, de implementatieverantwoordelijkheid ligt bij de praktijkinstellingen en niet bij ZonMw. Dat ontslaat ons niet van de verantwoordelijkheid al het mogelijke te doen om implementatie te bevorderen. Integendeel, we vinden het een erezaak om het stimuleren van implementatie tot een kernkwaliteit van ZonMw te maken. En daarvoor zijn naast de bestaande, ook nieuwe wegen nodig. Daarover gaat dit hoofdstuk, waarbij we – ter illustratie – gebruik maken van een aantal uitspraken van voor ZonMw belangrijke personen.'

Dees: “Je zult steeds de vraag moeten stellen waar je de prioriteiten legt en hoe je dat afweegt. Ik ben het eens met nog meer nadruk op implementatie. Ik begrijp ook waarom dit wordt bepleit, maar ik vind dat wel eens te weinig wordt onderkend dat je steeds met het onderzoek en het verdere ontwikkelwerk bezig moet zijn. Want anders kom je gewoon droog te staan. Je kunt dan inderdaad nog wel een paar jaar implementeren, maar vervolgens stopt de aanvoer van nieuwe kennis. Dat besef mis ik wel eens bij VWS.”

### **Behaalde resultaten uit het verleden bieden garantie voor de toekomst**

De ZonMw-aanpak-tot-nu-toe wordt sterk bepaald door een planmatige en procesmatige opzet van het implementatieproces. Die aanpak heeft de nodige successen behaald<sup>1,2</sup> en die aanpak zullen we de komende jaren dan ook voortzetten. Een goed ontwikkelde en op de context toegesneden lineaire plan- en procesmatige aanpak kan veranderingen bewerkstelligen van gemiddeld 10 à 15% kwaliteitsverbetering, wachttijdverkorting, of bijvoorbeeld doelmatigheid.<sup>3,4</sup> Een dergelijk fors resultaat is, zeker als een groot aantal organisaties of praktijkinstellingen meedoet, zeer waardevol. Bij deze aanpak is het succes het grootst als:

- de evidentie overduidelijk is;
- de resultaten voor de beoogde gebruiker niet controversieel zijn;
- de praktijkorganisatie minimaal hoeft te veranderen;
- de aanpak intensief, systematisch, goed georganiseerd en gepland is;
- een implementatieomgeving kent die de verandering goed faciliteert.

Daarbij zijn interactieve educatie, feedback, reminders en de inzet van consultants vaak onderzochte en effectief gebleken implementatiestrategieën.<sup>3,4</sup>

We weten inmiddels ook dat we met zo'n aanpak nog meer winst kunnen boeken (of de gerealiseerde winst kunnen vasthouden) als we zorgen voor continuering of herhaling van de interventies uit het implementatietraject. Meer verandering is mogelijk door aandacht te besteden aan allerlei randvoorwaarden. Voorbeelden daarvan zijn het



inzoomen op één enkele concrete verandering met een grote relevantie voor de patiënten en hulpverleners, een cultuuromslag realiseren zodat de algemene bereidheid voor implementatie van innovaties toeneemt, herontwerpen van zorgprocessen met meerdere disciplines, of financiële en organisatorische randvoorwaarden verbeteren.

Kortom, er zijn voldoende garanties dat de resultaten die ZonMw in haar korte bestaan heeft weten te behalen met haar plan- en procesmatige aanpak van implementatie ook in de toekomst leiden tot het gewenste resultaat.

Van Aken: “De fundamentele onderzoekers reageren in eerste instantie toch met: ‘Daar ben ik niet voor, ik ben wetenschapper, geïnteresseerd in hoe dingen in elkaar zitten en wat ze daar verder mee doen is niet mijn pakkie-an.’ Ik verwacht wel dat ook daar geleidelijk aan een shift zal plaatsvinden in houding en gedrag. Om dat een zetje in de goede richting te geven, zul je bij de projectaanvraag al mee moeten nemen dat het projectvoorstel niet alleen een heldere doelstelling en adequate aanpak heeft, maar ook dat de indiener blijk geeft al te hebben vooruitgedacht aan benutting van de resultaten. De vraag die ZonMw moet stellen en de indiener moet beantwoorden is: stel nu dat er gegevens uit komen, hoe zijn die dan straks bruikbaar en voor wie en hoe zou je dat traject van overdracht van resultaten zien? Ik denk dat het belangrijk is dat mensen in hun hoofd krijgen dat het vervolgetraject niet zomaar voor iemand anders is. Ook fundamentele onderzoekers moeten aan het verdere traject denken en niet alleen met dat vaak hele kleine stukje waar ze zich in het onderzoek mee bezig houden. Laat die geestelijke exercitie die er dan nodig is maar eens op gang komen!”

Ondanks alle successen zien we ook tekortkomingen van de bestaande benadering. Daarover is in deze uitgave voldoende geschreven. En dus is ZonMw op zoek naar nieuwe wegen. Wegen die leiden naar een nog betere implementatie en daadwerkelijk gebruik van nieuwe kennis en innovaties in de zorgpraktijk. ZonMw richt zich daarbij op:

- het verbreden van de bruikbaarheid van kennis en innovaties voor praktijk en beleid;
- het verleggen van de focus naar de afnemers;

- het voorop stellen van de vraag naar kennis en innovaties;
- het entameren van daadwerkelijk gebruik.

Van Aken: “Ik denk eerlijk gezegd dat een aantal partijen – met name de overheid – implementeren zien als een vanzelfsprekendheid. ‘We hebben nu dit en weten nu dat, en jongens, nu implementeren!’ Daarbij realiseert men zich onvoldoende dat het een tak van sport is die nog maar weinig mensen met veel succes hebben beoefend. Waar het ook nog veel zoeken en tasten is naar een goede formule. Waarschijnlijk zullen we merken dat er niet één formule is en dat je dus heel duidelijk tailormade zal moeten werken door de implementatie-aanpak toe te spitsen op het probleem en op de setting waarin het gebeurt. En wat dat betreft is er denk ik nog wel het een en ander aan implementatie-onderzoek nodig om helder te maken wat succesvolle manieren zijn om dat te doen. Bovendien vind ik het merkwaardig dat er gezegd wordt: ‘We hebben zoveel onderzoek gedaan, nu kunnen we wel daarmee stoppen en dat wat we aan resultaten hebben, implementeren’. Ja, ho, denk ik dan! Om dat succesvol te kunnen doen, te weten welke instrumenten je kunt gebruiken en hoe je die in moet zetten en ook hoe je dat het beste kunt evalueren, zul je ook – zij het een ander type – onderzoek nodig hebben.”

### **Verbreden van de bruikbaarheid van kennis en innovaties voor praktijk en beleid**

Een belangrijk deel van de kennis die de ZonMw-programma's oplevert, past binnen het evidence-based-practice-paradigma. Het is vaak het resultaat van systematisch onderzoek met de focus op het effect van de interventie: ‘wat werkt’. Voor een goede implementatie buiten de experimentele setting van het onderzoek, zijn antwoorden nodig op de vragen ‘hoe’, door ‘wie’ en ‘waarom’ iets werkt. Die vragen worden niet altijd systematisch binnen het onderzoek beantwoord en krijgen zelden een plek in een eindrapport. Dit heeft als gevolg dat de resultaten van het project teveel gerelateerd blijven aan de context van het lokale experiment, vaak geregisseerd zijn binnen strakke wetenschappelijk kaders en daardoor te weinig generieke kennis opleveren. Dat

belemmert de overdraagbaarheid naar andere settings. Om de bruikbaarheid van kennis te verbeteren is meer nodig. Onderstaand een zestal ‘nieuwe en recent ingeslagen wegen’ die daarvoor moeten gaan zorgen.

### *Praktijkkennis uit wetenschappelijk onderzoek*

Hoe tegenstrijdig het ook mag klinken, ook wetenschappelijk onderzoek levert veel tacit knowledge (praktijkkennis) op. Het zit verborgen in de ervaring die met de voorbereiding en uitvoering van de onderzoeksprojecten is opgedaan. Zo zal de projectleider van een multi-center study je heel goed kunnen vertellen wat het aan moeite, organisatie en overredingskracht heeft gekost om het experiment op een goede manier te laten plaatsvinden. Daarbij heeft hij te maken gehad met allerhande voor het onderzoek belangrijke groepen, elk met hun eigen belang: management, directie, verpleging, artsen, patiënten, familie, de facilitaire dienst, etc. Deze praktijkkennis is uitermate bruikbaar voor een verdere verspreiding en invoering van de innovatie. Het is aan ZonMw om deze vorm van kennis veel beter dan tot nu toe het geval was in te bedden in de tussentijdse en eindrapportages en bruikbaar te maken voor overdracht aan anderen. De ‘hoe’, door ‘wie’ en ‘waarom’ vragen hebben inmiddels met de nieuwe gezamenlijk werkwijze na het samengaan van ZON en MW een expliciete plek gekregen in de monitoring en eindevaluatie van projecten en hun verspreidings- en implementatieplannen.

### *Synthese van kennis uit gerelateerde projecten*

Meer bruikbare kennis zal ook komen uit de analyses binnen en tussen programma's die ZonMw gaat uitvoeren. Veel ZonMw-programma's en -projecten leveren de komende jaren resultaten op. ZonMw inventariseert deze resultaten op een programmatische wijze. Gerelateerde resultaten, omdat de projecten over een zelfde thema, setting of doelgroep gaan, worden samengebundeld. Dit leidt tot een synthese van kennis rond een gezamenlijk thema of voor een toekomstige gebruikersgroep. Uitgangspunt is dat de som meer oplevert dan de afzonderlijke delen. Daarnaast worden de syntheses gepubliceerd op de website in de vorm van korte feitelijke informatie onder de noemer ‘uitkomst’, die als factsheets ook in gedrukte vorm gaan verschijnen.

Van Aken: “Het feit dat de volksgezondheid zo duur is geworden en dat de onderzoeksgelden beperkt zijn, vraagt erom er een structuur in aan te brengen en te laten zien aan de maatschappelijke partijen – de politiek, maar ook de patiënten zelf: dit hebben we gedaan, dit is bruikbaar gebleken, zo gaan we dat doorvoeren en dit wordt de verandering in de praktijk. Om te beginnen bij een aantal goede, aansprekende voorbeelden waarvan mensen het gevoel hebben dat het een belangrijk probleem is, zoals suikerziekte, bloedtransfusiebeleid of antibioticaresistentie. Met concrete onderzoeksresultaten kun je laten zien wat voor verandering je kunt verwachten en welke resultaten dat teweeg brengt in financieel en organisatorisch opzicht en in verbetering van kwaliteit van leven en zorg.”

### *ZonMw-praktijkprogramma's*

Verschillende bestaande programma's binnen ZonMw zijn niet zozeer gericht op het ontwikkelen van expliciete kennis binnen het evidence-base-paradigma, maar juist op de 'tacit knowledge' uit de praktijk. Goede voorbeelden zijn vooral te vinden in de verschillende patiëntenprogramma's, zoals Informatie op Koers, Verbinden en Vernieuwen, en Kiezen in Zorg, maar ook in enkele programma's die zich richten op lokaal gezondheidsbeleid, zoals Chronisch Zieken, het deelprogramma met lokale ontwikkelingsprojecten en proefimplementaties uit het Preventieprogramma, en het programma Gezond Leven. Evidentie wordt daarin breed opgevat en is gebaseerd op het bundelen van praktische ervaringen, het overdraagbaar maken van nieuwe kennis en producten, de overtuigingskracht van de resultaten en participatie en commitment van de gebruikers. De op wetenschappelijk onderzoek gestoelde evidentie speelt hier een kleinere rol.

Een gesignaleerd knelpunt bij deze projecten is het ontbreken van een systematische evaluatie van het resultaat: hoe bruikbaar zijn de resultaten en is het (lokale) effect wel empirisch getoetst. Te vaak zijn de eindverslagen enthousiaste zelfrapportages, beleefd onderschreven door een begeleidingscommissie. Het blijkt voor de praktijk erg moeilijk om expliciet te maken welk effect nu eigenlijk werd nagestreefd: was het lokale samenwerking en empowerment van de relevante groeperingen of de lokale vernieuwing cq. invoering van de verbetering in de

zorg of preventiepraktijk? Daarin gaat ZonMw de komende tijd de teugels aanhalen. Er wordt scherper gestuurd op een doelstelling die SMART wordt gedefinieerd: specifiek geformuleerd, gericht op concrete en meetbare resultaten, acceptabel voor de doelgroep, relevant voor de context en tijdgebonden voor het bereiken van de doelstelling. Daarnaast zal de implementeerbaarheid vaker van meet af aan moeten samengaan met een lokaal of regionaal commitment voor gebruik van (succesvolle) resultaten. Zo combineert ZonMw een implementatiestrategie die gebaseerd is op praktijkkennis in combinatie met een meer plan- en procesmatige aanpak. De inspanningen die de Technologiestichting STW op dit terrein al heeft verricht<sup>5</sup> zijn daarbij voor ZonMw een bron van inspiratie.

#### *Lokaal herontwerpen van best practices: reinvention*

Veel praktijkwerkers zullen nieuwe kennis en de bruikbaarheid ervan beoordelen vanuit hun individuele praktijkervaringen, vaardigheden en vakkundigheid. Dat betekent dat resultaten van wetenschappelijk geduceerd effect- of doelmatigheidsonderzoek niet altijd worden gebruikt op de wijze en intensiteit zoals in het experiment is onderzocht. Er is sprake van onder-, over en mis(ge)bruik.<sup>6</sup> Het ultieme doel van evidence based practice lijkt een volledig repliceren van best practices. In de praktijk blijkt zo'n expliciet gebruik van onderzoeksresultaten echter zeldzaam.<sup>7</sup> Het is maar de vraag of dit erg is. Indien van die best practice niet veel meer bekend is dan dat het werkt, is het nog maar de vraag of het effect in een praktijk elders wel herhaalbaar is. Het is dan belangrijk dat de gebruiker de best practice op basis van zijn 'tacit knowledge' aanpast aan zijn eigen context. Voor deze 'reinvention' van nieuwe kennis of innovaties moet dan wel ruimte zijn en niet iedere onderzoeker of ontwikkelaar houdt daar vooraf rekening mee. Het is aan ZonMw om daar in haar projecten op te anticiperen.

#### *Van assessment naar appraisal van HTA-onderzoekresultaten*

In het huidige HTA-onderzoek staat het vaststellen van de wetenschappelijke feiten over de effectiviteit en doelmatigheid (assessment) centraal. In Nederland is de afgelopen jaren een HTA-platform actief geweest. Op advies van het platform zelf heeft VWS in 2003 de opdracht gegeven<sup>8</sup> een HTA-platform nieuwe stijl op te richten dat

zich moet gaan bezighouden met het bevorderen van samenwerking en afstemming bij implementatie van HTA en andere gerelateerde onderzoeksresultaten. Dit nieuwe platform wordt bij ZonMw ondergebracht. Ook al is de precieze taak van het nieuwe platform nog niet bekend, duidelijk is wel dat in het nieuwe implementatiedenken veel meer rekening gehouden zal worden met de context waarin de implementatie moet plaatsvinden, de kennis in de dagelijkse praktijk, de rol en het belang voor de patiënt, en bijvoorbeeld gevolgen voor wet- en regelgeving (appraisal).

### *Good Healthcare Innovation Practice*

Het Good Healthcare Innovation Practice (GHIP) is een richtsnoer voor een gestructureerde en effectieve aanpak voor zorgvernieuwingsprojecten.<sup>9</sup> Het GHIP is op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten (OMS) ontwikkeld met vele veldpartijen en implementatiedeskundigen. Centraal staat de begeleiding van vernieuwingsinitiatieven van praktijkwerkers zelf. Het aanbieden van een doordachte structuur (het richtsnoer) voor deze initiatieven verhoogt de succeskans en de overdraagbaarheid naar andere organisaties. Tegelijkertijd wordt een virtueel netwerk ontwikkeld van deskundigen uit praktijk en theorie. In feite is dit een vorm van toepassing van kennismanagement bij zorginnovatie. ZonMw werkt aan de voortzetting, het onderhoud en de verankering van het GHIP-gedachtegoed, de verdere ontwikkeling van GHIP en de bruikbaarheid daarvan voor de praktijk. ZonMw heeft de voorzittersrol voor de kern- en ontwikkelgroep. Daarnaast is een GHIP-Kennis- en coördinatiecentrum opgericht dat in 2003 van start is gegaan. Dit centrum verzamelt en beheert de opgedane kennis, maakt deze overdraagbaar en stelt deze aan het veld voor gebruik beschikbaar.

### **De focus verleggen naar de afnemers**

ZonMw heeft het hele gebied van kennisontwikkeling tot aan de daadwerkelijke implementatie van kennis als werkterrein. Deels ontstaat deze kennis uit 'nieuwsgierigheidsgedreven' onderzoek, deels als resultaat van maatschappelijke opdrachten aan ZonMw. In die 'maatschappelijke opdrachten' zit de kennisbehoefte vanuit beleid en praktijk indirect verwerkt. Toch is implementatie van kennis gebaat bij een

meer directer vraag- en aanbodspel tussen kennisvrager en ZonMw als kennisaanbieder. Wie zijn de afnemers van de ZonMw-kennis en hoe kan het verkeer tussen kennisgebruiker en kennisontwikkelaar worden gestimuleerd?

Dees: "De ideale 'ZonMw-cyclus' is dat wij pas een opdracht voor een programma ontvangen nadat bijvoorbeeld de RGO samen met alle betrokkenen een advies heeft uitgebracht over de prioriteiten. De RGO wordt daarbij geacht opvattingen van de vraagzijde te formuleren. In het ideale model heeft de minister het advies van de RGO en eventueel ook nog eigen andere bronnen, en debatteert de minister met de Tweede Kamer over de prioriteiten in de opdracht. Ook de Tweede Kamer vertegenwoordigt de vraagzijde van de samenleving. Dat betekent in zo'n geval dat als ZonMw op een bepaald moment een opdracht met prioriteiten ontvangt, in principe al een debat heeft plaatsgevonden met de vraagzijde. Dat deel van de vraagzijde betreft tot nu toe meestal de vraag naar nieuwe kennis en ontwikkeling, maar soms ook de implementatie van vernieuwingen. Als de opdracht vooral over onderzoek en ontwikkeling gaat, is het de eigenstandige verantwoordelijkheid van ZonMw om zich rekenschap te geven van de vraag naar resultaten. Als er geen landingsbaan is voor je resultaten dan lukt de implementatie niet. Dus het is heel belangrijk dat ZonMw precies weet wat de vraagzijde verlangt en hoe je met die vraagzijde kunt omgaan, complementair aan het werk van instanties als de RGO bij de start van het programma. Dit is in al het ZonMw-werk staand beleid. Voor alle programma's wordt immers een implementatieplan geschreven. Daarbij speelt ook de programmacommissie een belangrijke rol. Die is van tevoren evenwichtig ingevuld met mensen uit de praktijk, het onderzoek en het beleid. Ook daar komt alles wat aan die vraagzijde een rol speelt, naar boven."

De voor ZonMw belangrijkste kennisafnemers zijn de praktijkorganisaties en dan met name de grote landelijke instellingen. Daarnaast is 'het beleid' een belangrijke afnemer en komen sinds kort ook de zorgverzekeraars in beeld als afnemer van kennis.

### *Landelijke instituten*

Landelijke instituten zijn voor ZonMw een belangrijke partner. Zij zijn in veel commissies en werkgroepen vertegenwoordigd, maar het handelen als medewerker van een landelijk instituut is ingebed in een andere sociale context dan het lid zijn van een werkgroep of commissie bij ZonMw. Dat heeft ook voordelen. Lid zijn betekent immers: zonder last of ruggespraak. Met name bij het beoordelen van projectaanvragen zal die objectiviteit in acht moeten worden genomen.

Landelijke instituten zijn op hun beurt autonoom in de keuze en fase-ring van het implementeren. Zo had het project 'Smoke Free Teams' dat zeer succesvol was in het voorkomen dat jongeren gaan roken, een uitermate positief oordeel en support van de begeleidingsgroep waarin veel landelijke instituten waren vertegenwoordigd. Echter, geen van allen nam, om uiteenlopende redenen, het resultaat in uitvoering, terwijl zij wel bezig waren met programma's voor deze doelgroep.

Ook voor andere ZonMw-resultaten valt het niet altijd mee een plekje op de agenda van landelijke instellingen te krijgen. Bij de eerste ZonMw-paring, de succesvolle Edisse-studie over verbetering van de zorg aan patiënten na een beroerte, kostte het een jaar tijd, veel gesprekken, allerlei communicatieactiviteiten en uiteindelijk een financiële stimulans van ZonMw om het implementatieproces van de grond te krijgen. Anno 2003 is het een groot succes waar in het veld erg veel vraag naar is. Een sterkere sturing, ook door het ministerie van VWS, van een koppeling tussen het laten ontwikkelen en onderzoeken van innovaties en implementatie daarvan door de landelijke instituten, zou op zijn plaats zijn. ZonMw zet er ook zelf de komende jaren op in om dit beter te stroomlijnen.

Huijsman: "Het systeem waarin ZonMw opereert zou meer borging moeten hebben. Ik neem het voorbeeld hoe VWS optrad, of eigenlijk niet optrad, toen de Edisse-studie bijna klaar was. Op basis van de uitkomsten van die studie en het goede voorbeeld van de stroke service in Delft, zijn met heel veel energie uit het veld nieuwe richtlijnen en criteria ontwikkeld en vastgesteld; een soort grote gemene deler van elementen die her en der doorgevoerd zijn, maar nog nooit in zijn geheel. Daar kwam het voorstel uit om dat nou eens met enige regie – met de gezamenlijke landelijke partijen – door te voeren. En



wie anders dan VWS zou kunnen helpen om dat op gang te krijgen? En dan gebeurt er iets heel opmerkelijks: na maanden praten is het niet gelukt om dat voor elkaar te krijgen. ZonMw-medewerkers die erbij betrokken waren hebben maanden achter de schermen geprobeerd de komst van het rapport voor te bereiden om te bewerkstelligen dat het rapport zou landen en opgepakt zou worden. Ze hebben geprobeerd commitment te krijgen van alle partijen voor een vervolgtraject, maar dat lukte in eerste instantie niet. Partijen willen elkaar niet committeren om in een geregisseerde aanpak echt fundamenteel te implementeren. Toen is het een tijdje stil geweest. Niemand wilde op dat moment zeggen: 'Dat willen wij wel doen.' De verzekeraars niet, de brancheorganisaties van aanbieders niet en ook VWS niet. Uiteindelijk heeft de ZonMw-werkgroep Transmurale Zorg een serie doorbraakreeksen bij het CBO gefinancierd. Dat betekent evenwel dat nu iedere regio zijn eigen verantwoordelijkheid moet nemen. Elke regio moet zelf bepalen óf ze er aan mee willen werken en zo ja, met welke diepgang ze dat doen. Ook moet elke regio zelf weer bevechten met de regionale verzekeraar dat het netjes geborgd wordt. Dus eigenlijk vindt nu in 15 regio's tegelijkertijd en op dezelfde manier opnieuw een ontdekkingstocht plaats, terwijl het ook landelijk en vanuit centraal beleid geïnitieerd had kunnen gebeuren. Dit vind ik echt een voorbeeld waarvan ik dan denk: willen we nu wel of niet implementeren?"

### *Beleid*

In alle ZonMw-programma's zijn waarnemers van VWS vertegenwoordigd. Zij worden goed op de hoogte gehouden van de vorderingen via rapportages en in overleggen, en zijn aanwezig bij de vergaderingen van de commissies en werkgroepen. Toch is het ZonMw nog onvoldoende gelukt om de resultaten op een goede manier onderdeel te laten zijn van de beleidscyclus van de landelijke overheid. Het programmeren, ontwikkelen en overdragen van resultaten bevindt zich in een geheel andere cadans en tijdslot. Soms is een actueel onderwerp dat hoog op de politieke agenda staat in die agenda uit de top geduideld op het moment dat de projectresultaten afkomen. Ook spelen beleidsprocessen zich niet af op projectniveau. Het is ZonMw wel goed gelukt bij projecten de bruikbaarheid van resultaten voor de

praktijk vast te stellen, maar veel minder lukt dat voor de bruikbaarheid voor het landelijke beleid. Bovendien zijn de meeste VWS-waarnemers als beleidsmedewerker een klein radertje in het totale beleidsproces, uitzonderingen daargelaten. De nieuwe organisatiestructuur bij ZonMw waarin grotere programmakaders in de plaats komen van kleine losse programma's, waarbij de kaders inhoudelijk gekoppeld zijn aan beleidsdirecties op het ministerie, geeft meer mogelijkheden om de ZonMw-kennis in het beleidsproces te verankeren.

Daarnaast komen in de fase waarin ZonMw zich nu bevindt, veel regelmatigere resultaten beschikbaar die geschikt zijn om op het juiste moment input te kunnen vormen voor beleidsontwikkeling. Niet alles is daarvoor geschikt. Het moeten wel resultaten zijn waaruit beleidsconclusies kunnen worden getrokken. Daartoe is het voor ZonMw ook nodig om goed te weten waarop beleidsmedewerkers hun conclusies baseren en welke items actueel zijn. ZonMw geeft een eerste aanzet door bij de komende zorgnota's, de VWS-begroting en beleidsvoorname relevante resultaten uit ZonMw-programma's te inventariseren en daaruit een handelingsgerichte boodschap te formuleren. Bij een aantal relevante programma's kan, naast een oordeel over de implementatiegerichtheid van projecten, ook een oordeel worden gevraagd over de beleidsrelevantie van de beoogde uitkomst. De wijze waarop ZonMw dit gaat vormgeven zal al werkenderwijs en samen met VWS verder vorm moeten krijgen. Het wordt in elk geval een interactieve vorm, ondersteund door gerichte informatie via de website, specifieke 'factsheets' of nieuwsbrieven.

### *Zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars vormen een belangrijke nieuwe doelgroep voor ZonMw. In de visie van VWS hebben zij de regie over de kwaliteit van zorg<sup>10</sup>, doordat zij verantwoordelijk zijn voor de inkoop van voldoende beschikbare kwalitatief goede en doelmatige zorg. Bij voldoende aanbod van de zorg kan dit leiden tot een kwaliteitsverbetering doordat verzekeraars alleen de beste zorg inkopen. In het huidige stelsel is van een overschot aan zorg geen sprake en is de sturing dus nog beperkt. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) ondersteunt en adviseert de zorgverzekeraars bij de inkoop van kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg. Zorgverzekeraars hebben ook de mogelijkheid zelf goede innovaties te laten ontwikkelen en uitvoeren. Zij mogen daartoe

5% van hun budget inzetten. Tot nu toe gebeurt dat mondjesmaat. Gemiddeld zetten zorgverzekeraars nog maar 0.1 tot 0.3 % van hun budget in. Het CVZ heeft een programma opgezet om de budgetten vanuit de Initiatiefruimte Ziekenfondswet, bedoeld voor die zorginnovatie, adequaat in te zetten (zie ook hoofdstuk 6). Resultaten van ZonMw-programma's en projecten zouden prima passen in dit nieuwe CVZ-initiatief en deze mening wordt door VWS ondersteund.<sup>11</sup> Dat geldt met name voor die resultaten die in het kader van een Doorbraaktraject kunnen worden ingezet. In het verleden is dat reeds het geval geweest met het genoemde CVA-project en met resultaten uit studies die herontwerp van zorgprocessen betroffen om de doorlooptijden van een aantal zorgprocessen terug te brengen<sup>12</sup>, bijvoorbeeld voor de zorg voor de diabetische voet, borstkanker en knieklachten. Hetzelfde geldt voor de rol die ZonMw-resultaten kunnen spelen op de zorginkoopmarkt. Aansprekende best practices uit projecten en programma's van ZonMw kunnen bij het contracteren van zorg een bruikbaar voorbeeld zijn voor de standaard waaraan die zorg kan voldoen. ZonMw is beschikbaar om de te contracteren zorginstelling te helpen die zorg op het gewenste niveau van kwaliteit en doelmatigheid te krijgen. Zij kan hen bijvoorbeeld koppelen aan de ontwikkelaars van de best practice of aan een landelijk instituut dat hen kan ondersteunen bij de invoering van de best practice in de eigen zorginstelling. Voor deze invoeringstrajecten kan de zorgverzekeraar de genoemde 5% Initiatiefruimte Ziekenfondswet inzetten, eventueel met een bijdrage uit het innovatiebudget van de instelling zelf.

Dees: "Ik kom uit de politieke wereld en besef heel goed dat we uiteindelijk afgerekend zullen worden op de vraag wat ZonMw voor bijdrage heeft geleverd aan de verbetering van preventie, de gezondheidszorg en de gezondheid van mensen. Dus dat betekent dat men kijkt wat er wel en niet geïmplementeerd is. Het bestuur van ZonMw discussieert daarover en beraadt zich op haar eigen rol. Ik noem even een voorbeeld van een project waar ikzelf bij betrokken ben geweest: het project 'Doorstroomtijden'. Ik vond destijds de resultaten buitengewoon indrukwekkend. Mijn vingers gingen ervan tintelen en ik dacht: dat moet toch in de praktijk gerealiseerd worden. Ik heb toen zelf – ook als voorzitter van ZonMw – aan een paar congressen meegedaan omdat ik heel enthousiast was over het

resultaat en ook het gevoel wilde overbrengen aan de gezondheidszorg: hier kun je wat mee! Omdat we toen ook de implementatievraag stelden heeft dat uiteindelijk geleid tot een gesprek met minister Borst. In dat gesprek is besloten een vervolgopdracht te verlenen aan het CBO. Die konden het estafettestokje mooi overnemen. Het CBO heeft veel ervaring met implementatievraagstukken in ziekenhuizen en is dus bij uitstek een organisatie om zo'n vervolgtraject te doen.”

### **De vraag naar kennis voorop stellen**

De uitdaging voor ZonMw is om bestaande en nieuw te ontwikkelen kennis beter af te stemmen op de vraag naar kennis van de gebruiker. Daarvoor zet ZonMw de komende jaren een aantal ontwikkelingen in gang.

#### *Vraaggerichte kennisoverdracht en implementatie*

Zorgverleners, instellingen, koepels, beleidmakers, zorgverzekeraars en anderen kunnen een beroep doen op ZonMw met een vraag naar de beschikbare kennis en praktijkvoorbeelden rond een onderwerp of een ervaren probleem en zo 'op maat' worden bediend. Op deze wijze stelt ZonMw de vraag van de afnemer centraal in plaats van het aanbod van kennis. Adequaat gebruik van deze kennis is gebaat bij een bottom-up aanpak waarin de toekomstige gebruiker de resultaten selecteert die hij wil gaan gebruiken. Het is niet altijd gemakkelijk voor de praktijk of het beleid om de vraag naar kennis en innovatie vooraf precies te formuleren. ZonMw wil zich gaan inzetten voor de juiste verwoording van deze vraag.

Een belangrijke stap is het beschikbaar stellen van kennis en resultaten van ZonMw-projecten op een wijze die appelleert aan die vraag, in een voor de praktijk bruikbare vorm. Daarbij zet ZonMw verschillende strategieën in. Centraal staat het goed luisteren naar en op een rij zetten van de impliciete en expliciete wensen van professionals via gesprekken met sleutelpersonen en -organisaties, veldraadplegingen, expertmeetings en invitational conferences. De huidige projectenpoort van ZonMw is met zijn sterke zoekmodaliteit een passend medium

waarmee professionals zelf kennis en innovaties kunnen vinden (*www.zonmw.nl*), vooropgesteld dat de informatie up to date is en goed beschreven staat welke resultaten, waar, door wie en waarom zijn behaald (of niet).

### *ZonMw als kennismakelaar*

Naast de medewerkers is een groot aantal andere mensen betrokken bij het werk van ZonMw. Zo zijn er bijna 600 personen lid van een werkgroep of commissie, meer dan tweeduizend personen zijn projectleider (geweest) van een gehonoreerd project, een veelvoud daarvan heeft ooit een voorstel ingediend of als externe referent een voorstel beoordeeld, en velen van hen doen dit regelmatig en voor meerdere programma's. Kortom het netwerk van mensen die iets tot veel betekenen voor ZonMw (en vice versa) is zeer breed. ZonMw maakt daar graag gebruik van. Voor zichzelf, maar bovenal voor anderen. Bij vragen naar bepaalde kennis of expertise is het voor ZonMw niet moeilijk om onderzoekers, praktijkwerkers of beleidsontwikkelaars te vinden die daarover beschikken. ZonMw stelt zich dan op als makelaar. Zij is niet de eigenaar van de expertise die gevraagd of aangeboden wordt, maar makelt tussen groepen en individuen die elkaar daarin kunnen aanvullen. Tot nu toe vonden 'makelactiviteiten' vooral plaats in het kader van het verbeteren van het onderzoek en ontwikkelwerk. De praktijk werd bijvoorbeeld gekoppeld aan een onderzoek om de resultaten daarvan potentieel bruikbaar te maken. Onderzoek werd gekoppeld aan de praktijk om een lokaal experiment op de juiste wijze te evalueren. Ook bij (vraaggerichte) implementatie zal makelen een belangrijke en relevante taak worden voor ZonMw. Bij een gesignaleerd knelpunt in de praktijk kan ZonMw niet alleen een aantal bruikbare best practices aanleveren, maar ook personen vinden die de expertise in huis hebben om de uitvoering ervan te ondersteunen. Dat geldt met name als re-invention (het herscheppen) van een best practice aan de orde is. Voor een goede uitvoering zouden dan idealiter degenen die de kennis of de practice hebben ontwikkeld een tijdje moeten optrekken met de professionals die deze in hun praktijk willen invoeren. Samen kunnen ze de balans zoeken tussen (bewezen) effectiviteit van de best practice, de kritische succesfactoren en de bruikbaarheid in die betreffende professionele setting.

De Man: “Als gezocht zou worden naar een term die in één woord samenvat wat ZonMw doet, zou dat in mijn ogen ‘schakeldoos’ zijn: een organisatie die constant bezig is verbindingen tot stand te brengen tussen verschillende partijen, zoals professionals en beleid of professionals en management. Het schakelen is gericht op resultaat en op het begeleiden van het tot stand komen en houden van die verbindingen tot het moment van loslaten omdat de partners zelfstandig verder gaan.”

### *Academische werkplaats*

In veel ZonMw-programma's wordt het samengaan van praktijk en onderzoek gefaciliteerd onder de noemer 'academische werkplaats'. Daarmee wordt bedoeld dat binnen een praktijksetting, bijvoorbeeld in een zorginstelling, praktijkwerkers in de gelegenheid worden gesteld onderzoek te doen in samenwerking met meer ervaren onderzoeksgroepen. Onder andere in de ZonMw-programma's Revalidatieonderzoek en Geestkracht wordt hier specifiek op ingezet. Niet geheel toevallig zijn dat ook sectoren met een beperktere onderzoeksinfrastructuur. Ook de instelling van klinische onderzoekers<sup>13</sup> draagt hiertoe bij, bijvoorbeeld in de vorm van agiko's (assistent geneeskundigen in opleiding tot klinisch onderzoeker) en klinische fellows (postdocs die ook klinisch werkzaam zijn). De waarde van deze positie op het kruispunt van zorgpraktijk en wetenschap zit vooral in de gevoeligheid die daarmee wordt gekweekt voor het gebruik van onderzoeksresultaten, ook voor die resultaten die nog wat verder weg van de praktijk staan. Zij zullen ook beter de vertaalslag kunnen maken van onderzoek naar praktijk door hun kennis en ervaring met de manier van denken en werken in beide settings.

### **Het entameren van daadwerkelijk gebruik**

Van alle projecten die ZonMw financiert vallen er altijd een aantal op doordat de resultaten 'meer dan gemiddeld' zijn, of precies passen in een actuele ontwikkeling in de gezondheidszorg. Deze 'parels' bestaan uit: *'actuele resultaten van (een samenstel van gerelateerde) projecten met een duidelijk potentieel voordeel voor innovatie en verbetering in de*

*praktijk van de cure, care en preventie*. ZonMw heeft in 2002 een systematiek ontwikkeld die deze parels selecteert met als doel extra in te zetten op de implementatie van deze 'parels'.

### **Selectiecriteria voor parels van ZonMw**

- 1 Het project is of de combinatie van projecten zijn (zeer binnenkort) succesvol afgerond;
- 2 het eindresultaat heeft een duidelijk voordeel voor de zorgverlener en/of de patiënt (kwaliteit van zorg, kwaliteit van leven, doelmatigheid, toegankelijkheid) op grond van een deugdelijk evaluatie (wat levert het op voor wie en waarom);
- 3 er is een sterke 'trekker' voor het implementatietraject beschikbaar;
- 4 het onderwerp sluit aan bij actuele ontwikkelingen:
  - beleid (wachtlijsten, werkdruk huisartsen, langer zelfstandig wonen, vraagsturing)
  - veranderen is noodzaak (bedreiging instelling, personeelstekort, nieuwe wetgeving)
  - nieuwe beroepen (physician assistant, diabetesverpleegkundige, arts van straks)
  - gearticuleerde behoefte (kindermishandeling JGZ, keuzemogelijkheden patiënt)
  - een adequate inbreng van zorgverleners en patiënten in de experimentele fase;
- 5 er is een adequate inbreng van zorgverleners en patiënten in de experimentele fase.

ZonMw actualiseert haar parels regelmatig en zal elk jaar voor tien parels een implementatietraject ontwikkelen. Daarbij vraagt ZonMw een aantal sleutelfiguren om ambassadeur te worden voor deze parels. Enerzijds om daarmee de interesse voor deze resultaten en het gebruik ervan te stimuleren, anderzijds om van deze ambassadeurs regelmatig te horen welke ontwikkelingen binnen hun sector plaatsvinden en welke kennis, resultaten of 'parels' daarbij goed bruikbaar kunnen zijn. Een belangrijke conclusie uit de monitorstudie<sup>14</sup> is dat succesvolle implementatietrajecten voldoende budget hebben en een lange duur.

Dat geldt ook voor de pareltrajecten. De vraag wie dat zal betalen is niet altijd eenduidig te beantwoorden. Het is een gedeelde verantwoordelijkheid voor zorgaanbieder (verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van zorg), zorgverzekeraar (doelmatige zorginkoop) en de overheid. In zo'n trias wijzen de vingers al snel naar elkaar. In een aantal gevallen heeft ZonMw getracht die drempel te slechten met een tijdelijke overbrugging. In sommige ZonMw-programma's is een deel van het programmabudget afgezonderd voor implementatiedoelinden. De komende jaren zullen deze middelen ook worden ingezet voor de pareltrajecten.

De Man: "Het idee van 'De schat van ZonMw' waarop het pareltraject is gebaseerd, is geboren in de stationsrestaurant van Leiden. Van belang is eerst een goede afweging te maken welke projecten de moeite waard zijn om op een dergelijke wijze in te investeren. Om die reden maakt het implementatieteam van ZonMw een implementatieanalyse, die op een weloverwogen wijze bepaalt wat je nodig hebt om de resultaten van een project 'begeleid los te laten'. Uit deze analyse moet in ieder geval blijken dat het 'product' inhoudelijk effectief is en dat de kosten-baten-analyse gunstig uitpakt. De veelbelovende 'parels' verdienen aandacht en investering. Het is niet mogelijk een soort algemene deler te abstraheren: telkens weer zal bekeken moeten worden welke inspanningen precies nodig zijn. Het implementeren van een kleinschalig, lokaal project vergt een totaal andere aanpak dan het opzetten van een grootschalig kennisnetwerk als bijvoorbeeld Medwerk. Naast wat er allemaal organisatorisch en inhoudelijk nodig is, dient zich de vraag aan welke bezetting nodig is voor het begeleid loslaten. Dit geldt zowel voor 'de loslatende partij' als de 'ontvanger'. Wanneer blijkt dat de medewerkers van ZonMw niet de meest aangewezen persoon zijn om die rol te vervullen, zal gezocht moeten worden naar een andere oplossing. In ieder geval is het van groot belang dat deze persoon de taal spreekt en de behoeften aanvoelt van de groepen met wie wordt samengewerkt."



## Conclusies

ZonMw bezint zich op de bestaande aanpak van kennissynthese, verspreiding en implementatie. Uitgangspunt is daarbij dat succesvol gebleken beleid – zoals de planmatige aanpak van het doorgeven van kennis en resultaten in de richting van gebruik – in stand blijft.

Daarnaast zal de daadwerkelijke implementatie van vernieuwing beter moeten aansluiten bij de soort kennis en de wijze waarop professionals in allerlei sectoren die tot zich nemen. ZonMw richt zich daarbij op het verbreden van de bruikbaarheid van kennis en innovaties voor praktijk en beleid. Zij doet dat door meer praktijkkennis uit onderzoek te halen, syntheses van kennis rond een gezamenlijk thema of voor een toekomstige gebruikersgroep uit te voeren, van praktijkprojecten meer te eisen (zoals commitment vooraf), een uitbreiding te maken van assessment naar appraisal voor doelmatigheidsonderzoek en een trekkersrol te vervullen bij initiatieven zoals GHIP.

ZonMw verlegt haar focus van de producenten naar de afnemers van kennis en innovaties. Zij zal activiteiten ontplooiën om impliciete en expliciete wensen van professionals en organisaties te vernemen via gesprekken met sleutelpersonen en allerhande bijeenkomsten. Waar nodig en nuttig zal zij als makelaar personen en organisaties aan elkaar koppelen. Ook wil ZonMw daadwerkelijk gebruik van resultaten entameren door een betere ingang te vinden voor haar resultaten in de beleidscyclus en in relevante uitvoeringsprogramma's van landelijke instituten. Zij is nadrukkelijk op zoek naar nieuwe afnemers, zoals zorgverzekeraars, en probeert haar producten zo aantrekkelijk mogelijk aan de man te brengen door vooral in te zetten op meer dan gemiddelde resultaten: de 'parels'. Jaarlijks zal ZonMw voor tien van deze parels een implementatietraject ontwikkelen om deze onder meer of mindere begeleiding van ZonMw in het veld te laten landen.

Dat vereist een andere rolinvulling voor ZonMw. De verantwoordelijkheid en het initiatief voor implementatie van vernieuwing ligt bij de zorgaanbieders, hun wetenschappelijke verenigingen en koepels. De verantwoordelijkheid voor ZonMw zit in het aandragen van adequate en relevante kennis, het ondersteunen of laten ondersteunen van het vernieuwingsproces en het monitoren van het proces via een deugdelijk evaluatie. Die moet zicht bieden op het effect van de implementatie op de kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven voor de patiënt.

Huijsman: “Ik denk dat de nieuwe aanpak van ZonMw een noodzakelijke aanpak is, maar of die voldoende is? In wezen intervenueer je in de verantwoordelijkheid van professionals en instellingen zelf. Dat gaat goed zolang het goed gaat. Maar echte prikkels als een budget of sancties bezit ZonMw niet. En als het puntje bij het paaltje komt, kun je niet veel meer dan zeggen dat het toch zo zou moeten gaan. Dat lijkt op het soort ‘zondagse belijdenis’ die we met kwaliteit van zorg ook hebben, maar die in de praktijk van maandag tot vrijdag echt wat anders blijkt te zijn.”

- \* Drs. D. Dees is onder meer voorzitter van het bestuur van ZonMw, voormalig staatssecretaris van VWS en lid van de Eerste Kamer.  
 Prof.dr. W.A. van Aken is onder meer vice-voorzitter van het bestuur van ZonMw, emeritus hoogleraar interne geneeskunde en voormalig medisch directeur van Sanquin.  
 Mr dr. F. de Man is onder meer voorzitter van de stuurgroep Kenniscentra Arbeidsrelevante Aandoeningen en zelfstandig organisatieadviseur.  
 Prof.dr. R. Huijsman is onder meer hoogleraar Integraal Zorgmanagement iBMG, EUR, lid van de ZonMw-werkgroep Transmurale Zorg en voorzitter van de expertgroep van de CBO-doorbraakserie CVA-ketenzorg.

### Referenties

- Van Splunteren P en de Regt W. Beter Zo! Van Gorcum Assen, 2001.  
 Schrijvers A, Oudendijk N, De Vries P en Hageman M. Moderne Patiëntenzorg in Nederland. Van kennis naar actie. Elsevier Gezondheidszorg Maarsen, 2002.  
 Grol RPTM en Wensing M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg Maarsen, 2001.  
 Grol R, Wensing M, Laurant M en Harmsen M. Implementatie van kennis in de praktijk Het richtlijnen Implementatie programma. WOK Centre for Quality of Care research Nijmegen, 2003.  
 Utilisatierapport 2002. Technologiestichting STW Utrecht, 2002.  
 Walshe K en Rundall TG. Evidence-base management: From theory to practice in health care. The Millbank Quaterly 2001;79: 429-457.  
 Weiss C. Have we learned anything new about the use of evaluation? American Journal of Evaluation 1998;19: 21-33.

Brief van VWS aan ZonMw over het HTA platform 'nieuwe stijl', januari 2003  
Richtsnoer GHIP versie 1.0. Kennis- en Coördinatiecentrum GHIP Utrecht,  
2003.

Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over de Kwaliteit  
van Zorg, december 2002.

Opdrachtbrief 2004 van VWS aan ZonMw, juli 2003

Eindrapport project Verkorting van Doorstroomtijden - Herontwerp van zorg-  
processen door BPR. Ernst & Young Consulting & De Ziekenhuisketen  
Utrecht, 2000.

Special Klinisch Onderzoeker. Mediator 2003; 14/2

Theunissen NCM, te Pas SME, Friele RD. Evaluatie Implementatiemonitor  
ZonMW: onderzoek naar de relatie tussen implementatieplannen en -uit-  
komsten. NIVEL Utrecht, 2003.

## **GGD'en zoeken naar evenwicht tussen landelijke en lokale aanpak**

*Petrien Uniken Venema, adjunct-directeur GGD Nederland*

"We gaan een paar belangrijke jaren tegemoet als het gaat om de vraag wat we in Nederland voor iedereen op dezelfde manier geregeld willen hebben. De wet Collectieve Preventie legt veel vrijheid bij gemeenten. Dat is goed, mits die gemeenten dan ook hun verantwoordelijkheid nemen voor een lokaal gezondheidsbeleid. Tot een paar jaar terug ontbrak dat nogal eens en functioneerden ze voornamelijk als doorgeefluik voor de financiering. Dat is nu aan het veranderen. In toenemende mate nemen gemeenten hun taak serieus. Zij staan er explicieter bij stil hoe zij de gezondheid van de bevolking kunnen stimuleren en hoe ze hun GGD daarbij kunnen gebruiken. Elke GGD heeft mede daardoor wel een wat ander takenpakket. Het ministerie neigt er nu naar een aantal verantwoordelijkheden terug te halen. Maar je kunt ook de vrijheid van gemeenten respecteren en een structuur bedenken waarlangs de gemeenten met elkaar dwingende, landelijke afspraken maken. Van de noodzaak daarvan is iedereen inmiddels wel doordrongen. De hamvraag is natuurlijk: wie gaat dat betalen? Want als er vervolgens weinig budget overblijft voor eigen beleid, zullen de wethouders minder happig zijn om mee te doen."

### *Waarom is het belangrijk dat er meer landelijk wordt geope- reerd?*

"Elke gemeente kampt in grote lijnen met dezelfde gezondheidszorgproblemen, ondanks regionale verschillen. Een aanpak waarbij sommige zaken landelijk worden geregeld is dan veel efficiënter en effectiever, hoewel vrijwel altijd aandacht nodig is voor de specifieke implementatie in de buurt, wijk of gemeente. En kijk je naar infectieziekten, dan overstijgen die vrijwel altijd het lokale niveau. De deskundigen verwachten dat er steeds nieuwe infectieziekten zullen opduiken. Je zult een geoliede structuur moeten hebben om snel actie te kunnen ondernemen, op elke plaats op dezelfde manier. Daar zijn we nu al druk mee bezig."

*Wat gaat er nog meer spelen in deze sector?*

“De toepassing van internet zal zich enorm ontwikkelen. GGD'en richten zich bij voorkeur op brede bevolkingsgroepen. Om die te bereiken is internet een prachtig instrument. Daarnaast zal de outreachende taak nodig blijven, waarbij GGD-werkers moeilijk te bereiken en kwetsbare groepen mensen opzoeken. En ik hoop dat er over tien jaar nog steeds voldoende maatschappelijke acceptatie is om als samenleving hierin te investeren. Die acceptatie holt achteruit en dat vind ik zorgwekkend. Maar als je kijkt naar de geschiedenis van de GGD'en, zijn er altijd mensen geweest die opkomen voor de maatschappelijk zwakkeren en het onaanvaardbaar vinden dat er groepen zijn die veel meer gezondheidsrisico's lopen dan anderen. De functie van GGD'en blijft ook in de toekomst bestaan. Anders dan de curatieve sector, die puur op het individu is gericht, kijken de GGD'en vanuit hun preventieve taak naar de samenleving als geheel, naar kwetsbare groepen daarin en maatschappelijke bedreigingen. Dat vergt een principiële andere manier van kijken. Ik denk wel dat die systemen dichter bij elkaar komen te staan. Er zullen bijvoorbeeld meer kansen worden benut om ook vanuit ziekenhuizen bevolkingsgroepen te benaderen. Of denk eens aan het inbouwen van preventieve boodschappen in de curatieve sector.”

*Welke voorwaarden vergt een soepel verlopende implementatie?*

“Ten eerste moeten innovaties bekend zijn. Vervolgens moeten ze gaan over zaken die als problematisch worden ervaren en die je met de huidige manier van werken niet kunt oplossen. Als innovaties niet zonder meer uitvoerbaar zijn in de dagelijks werkomgeving van de mensen die ermee moeten werken, moeten ook de randvoorwaarden veranderen. Maar er moet vooral een sfeer onder de professionals zijn om er ook echt werk van te maken. Er moet nieuwsgierigheid zijn, maar ook sociale druk en een structuur om nieuwe dingen in te voeren. Het moet er gewoon bijhoren. Wat daarbij helpt, is mensen regelmatig een rol te geven in het meedenken over vernieuwingen of hen laten meedoen aan onderzoek. Dan ervaren ze het niet langer alsof er iets van bovenaf op hen neer duikt, maar wordt het een groot proces waar je met zijn allen in zit.”

## Ambachtelijk veranderen

Vijf overpeinzingen over implementatie en innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg

*Niek Klazinga*

De roep om verandering in de Nederlandse gezondheidszorg is groot. De teksten in dit boek illustreren dat. Economische, demografische, epidemiologische, organisatorische, politieke, technologische, zorginhoudelijke en algemeen maatschappelijke ontwikkelingen maken dat de druk op het gezondheidszorgsysteem hoog is. Die druk loopt nog verder op doordat naast de behoefte aan verandering en kwaliteitsverbetering de noodzaak tot kostenbeheersing de (politieke) kaders daarvan aangeeft. De overheid ziet onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten, zoals ZonMw op programmabasis uitzet, als een belangrijk vehiculum om aan de roep tot verandering tegemoet te komen. De achterliggende gedachte is dat de kennis en inzichten die uit deze projecten voortkomen, aantoonbaar leiden tot verbeteringen. Die gedachte is niet ten onrechte: na een aantal jaren programmagericht werken beschikt ZonMw over een breed scala aan resultaten uit onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten die in potentie verbeteringen in de preventie en gezondheidszorg mogelijk maken.

Tegelijkertijd schetst de gedachtegang van de overheid het probleem waarvoor ZonMw zich geplaatst ziet: de uiteindelijke legitimatie van alle programma-inspanningen ligt in de mate waarin deze in de praktijk bijdragen aan het verbeteren van de volksgezondheid c.q. de gezondheidszorg. Dit is voorwaar geen geringe opgave en het veronderstelt een maakbaarheid van gezondheid en zorg die in de praktijk complexer blijkt dan in veel beleidsnota's wordt verondersteld. De begrippen 'implementatie' en 'innovatie' hebben de afgelopen jaren het nodige houvast geboden en het denken hierover heeft er in ieder geval toe geleid dat bij het toekennen, uitvoeren en evalueren van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten voortdurend de implementatie van de bevindingen aandacht krijgt. Het grote winstpunt daarvan is

dat de hedendaagse resultaten van het onderzoeks- en ontwikkelwerk in principe implementeerbaar zijn.

Zoals in voorgaande hoofdstukken uiteen is gezet, is het denken over implementatie de laatste vijf jaar sterk geëvolueerd. Nadat we eerst de nadruk legden op een planmatige en procesmatige aanpak van projecten – met onderkenning van belemmerende en bevorderende factoren – ontstond gaandeweg meer inzicht in het functioneren van de gezondheidszorg als een groot kennissysteem. Dit systeemdenken vormt momenteel één van de dominante denkrichtingen in de discussies over het implementeren van veranderingen in de zorg. Zoals onder andere verwoord in het advies van de Gezondheidsraad ‘Van implementeren naar leren’, gaat het niet alleen om het doorgeven van onderzoeksbevindingen naar zorgpraktijken, maar ook om het actief onderkennen en inspelen op de veranderingsdynamiek in de zorgpraktijken zelf. Het oude model van Rogers, waarbij een onderscheid wordt gemaakt in de innovatie, de implementatiestrategie en het sociale systeem waarin de innovatie wordt doorgevoerd, vormt weliswaar nog steeds een bruikbaar denk- en werkkader, maar de voorbeelden in dit boek laten zien dat we te maken hebben met een keur aan innovaties (van wetenschappelijk technologisch tot lokaal organisatorisch praktisch), implementatiestrategieën (van landelijke mediacampagnes tot aan lokale innovatie) en sociale systemen (van een enkele huisartsenpraktijk tot aan alle directies van verzorgingshuizen).

Overzichtsstudies waarin de bestaande literatuur over de effecten van implementatiestrategieën en geïdentificeerde bevorderende en belemmerende factoren wordt samengevat, hebben hun beperkingen. Enerzijds omdat veel veranderingen niet wetenschappelijk zijn geëvalueerd maar ook omdat, wanneer dit wel gebeurd is, de onderzoeksdesigns veelal dwingen tot een reductie van de complexiteit van de innovatiepraktijk tot meetbare variabelen. Daardoor blijft een deel van de ‘veranderwerkelijkheid’ onzichtbaar. Dergelijke reviewstudies lopen het gevaar te eindigen met conclusies die weinig specifiek zijn, zoals de noodzaak van voldoende draagvlak, motivatie, tijd, middelen, kennis en vaardigheden. Een goed gekozen casestudie is in de praktijk vaak net zo bruikbaar als zo’n review. Het lijkt daarom zinvol om verschillende implementatiewegen te bewandelen en zowel inductief als deductief kennis over innovatie en implementatie te verzamelen. De navolgende vijf overpeinzingen staan stil bij de huidige praktijk van

denken en handelen op het terrein van implementatie en innovatie in de Nederlandse gezondheidszorg.

### **Overpeinzing 1: Kijk uit met metaforen!**

Een raderwerk, bruggen, kasplantjes, een militaire operatie: gesprekken over veranderen staan vaak bol van de metaforen. Dat is geen toeval. Betrokkenen proberen met systeemvoorbeelden uit andere gebieden uitdrukking te geven aan het functioneren van gezondheidsbeleid en gezondheidszorg in een taal die voor anderen begrijpelijk is. Achter het gebruik van dergelijke metaforen gaan soms hele denkwerelden schuil. Ze illustreren hoe de gebruiker de wereld van veranderingen in de gezondheidszorg conceptualiseert en benadert.

Ze veronderstellen een hoge mate van onveranderbaarheid bij de diverse elementen van de zorgmachine en daarvan is bij mensenwerk vaak maar in beperkte mate sprake.

Het loont om wat dieper in te gaan op veel gebruikte metaforen. Metaforen die het sociale systeem van gezondheid en zorg beschrijven als een mechaniek waar 'radertjes goed in elkaar moeten grijpen', zijn maar in weinig situaties bruikbaar. Het 'ingenieursdenken' zoals toegepast op bijvoorbeeld zorgstromen, wachttijden, logistiek, planning en control helpt weliswaar om orde in chaos te brengen, maar schiet vaak tekort door het miskennen van de instabiliteit van de fenomenen waarop het wordt toegepast. Zo zal ook het 'bouwen van bruggen' in de zorg vaak eerder om sociale dan om technische vaardigheden vragen. Maar ook de metaforen uit de natuur kennen hun beperkingen. De beleidsambtenaar of manager als 'de ultieme tuinman' die kasplantjes beschermt, onkruid verwijdert, dor hout kapt en zorgt voor voldoende water en bemesting, weet weliswaar de autonome krachten van de natuur te hanteren, maar moet toch over gedetailleerde kennis en vaardigheden beschikken om de gezondheidszorg als een gebalanceerd ecosysteem te laten functioneren. Veel van de natuurmetaforen leiden in hun uitwerking tot gevaarlijke monoculturen. De metaforen uit de militaire sector, deels terugkomend in het managementjargon uit het bedrijfsleven, gaan veelal uit van een commandostructuur, hiërarchie en een duidelijke verantwoordelijkheidstoedeling: een situatie waar juist binnen de gezondheidszorg veel minder sprake van is.



Metaforen zijn behulpzaam om een systeembenadering te verwoorden en in dat opzicht zijn ze functioneel. Opgepast moet echter worden dat de metafoor tot werkelijkheid wordt, waardoor de kans bestaat dat – onbedoeld – een systeembenadering wordt gekozen die niet aansluit bij het specifieke karakter van het gezondheidszorgsysteem dan wel de delen ervan waarbinnen men een verandering wil doorvoeren. Het gebruik van beelden is een sterk communicatiemiddel en kan zeker verandering richten; een verkeerd gekozen beeld kan echter ook veel weerstand oproepen.

### **Overpeinzing 2: Doordachte kennis bestaat uit meer dan wetenschappelijke kennis**

Het bevorderen van gezond gedrag en het verlenen van zorg zijn beide voorbeelden van kenniswerk. Een deel van deze kennis is ontstaan als resultaat van wetenschappelijk onderzoek: via formele methoden van kennisverwerving verkregen inzicht in o.a. de biomedische en sociaal psychologische mechanismen en determinanten van gezondheid en ziekte. Een deel van de discussie over implementatie is terug te voeren op de tien jaar geleden gestarte discussies over evidence-based medicine waarbij verschillen tussen (medisch) wetenschappelijke kennis en de vigerende praktijk het startpunt voor noodzakelijke verbetering was. Centraal staat daarin de as van onderzoek naar praktijk waarbij aanvankelijk vooral gedacht werd in termen van eenrichtingsverkeer: richtlijnen worden gezien als een bruikbaar middel om de wetenschappelijke kennis systematisch te beoordelen en samen te vatten in handlingsuitspraken. De literatuur over de implementatie van richtlijnen laat echter zien dat dit nog maar een eerste stap is op weg naar verandering van het gedrag van professionals. Richtlijnen en de implementatie daarvan zijn zinvol maar niet voldoende.

Naast de wetenschappelijke kennis over de zorginhoud die ‘van buiten’ komt is er ook sprake van praktijkkennis die berust op eigen ervaring van de professional en op systematische evaluatie van de lokale praktijk. De beperkingen van de algemene wetenschappelijke kennis worden de laatste jaren duidelijker onderkend. Er zijn te weinig onderzoeksgegevens om alle dagelijkse gezondheids- en gezondheidszorgproblemen op te lossen en algemene onderzoekresultaten die wel beschikbaar zijn, zijn lang niet altijd toepasbaar in een lokale context.

Er verschijnen in toenemende mate publicaties die naast het belang van algemene wetenschappelijke kennis ook wijzen op het belang van het systematisch vastleggen en gebruiken van de eigen praktijkkennis. Dit laatste betekent een dusdanige informatievoorziening dat zorgverleners zelf in staat zijn om op basis van de eigen gegevens de zorg systematisch te evalueren. Een lerende zorgpraktijk zou dan ook zowel moeten worden gevoed door de resultaten van elders uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek, als door systematische evaluatie van de eigen resultaten. Voor de individuele zorgverlener komt daar nog de voortdurende kritische reflectie op de eigen kennis en ervaring bij. Ook deze ervaring is een belangrijke kennisbron voor een zorgpraktijk met meerdere zorgverleners. Strategieën die zorgverleners in staat stellen hun eigen werk systematisch te evalueren versterken het ambachtelijke karakter van het zorgwerk en verkleinen de gegroeide kloof tussen onderzoek met een grote O en praktijk met een kleine p.

Niet alleen van de onderzoeks- en praktijkkennis van de zorgverleners wordt de rol steeds meer onderkend, ook de ervaringskennis van de zorgvrager/patiënt wordt gezien als een belangrijk onderdeel van het totale kennissysteem. Deze specifieke ervaringskennis is complementair aan de kennis van de zorgverlener. Zeker bij de zorg voor chronisch zieken zou deze kennis voortdurend onderdeel moeten uitmaken van strategieën om de zorg te verbeteren. Als het gaat om individuele zorgvragen is patiëntenkennis sterk geïndividualiseerd: het gaat immers om persoonlijke belevingen en waardeoordelen. Door patiëntenkennis collectief te bundelen en kennis meer generaliseerbaar en meer algemeen geldend te maken kan deze gebruikt worden voor het verbeteren van de zorg en het entameren van onderzoek naar andersoortige vragen.

Terecht wordt de patiënt in de zorg centraal gesteld. Bedacht moet echter worden dat de patiënt tevens burger, verzekerde, zorgconsument, werknemer en partner is en vanuit die verschillende rollen eisen stelt aan de inrichting van de gezondheidszorg en keuzes maakt ten aanzien van het eigen gezondheidsgedrag. Het gaat er om tot een acceptabel evenwicht tussen deze verschillende belangen te komen en daarbij ervaringskennis op een productieve manier te gebruiken.

Het is niet de bedoeling van deze paragraaf om per actor in het zorgsysteem de unieke kennis te beschrijven en vervolgens na te gaan of en

hoe deze in de bestaande kennisinfrastructuur van de gezondheidszorg wordt benut voor leren en verbeteren. Het gaat veeleer om het algemene punt dat er meer is dan de implementatie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek alleen en dat vooral als het gaat om organisatorische innovaties er van meerdere vormen van kennis sprake is. Het zou niet zo moeten zijn dat de kennisinfrastructuur zich uitsluitend richt op het dissemineren van onderzoeksresultaten. Even zozeer bestaat behoefte aan het faciliteren van het zelflerend vermogen op basis van eigen resultaten van zorgpraktijken, het benutten van de patiëntenkennis en het bevorderen van wederzijds leren tussen best-practices. Een dergelijk beleid, wat er op gericht zou moeten zijn het lerend vermogen van het Nederlandse zorgstelsel te bevorderen om daarmee innovatie en implementatie te verbeteren, vraagt om een kennisbeleid waarvan het programmatisch uitzetten van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten (ZonMw) en het opzetten van doorbraakprogramma's (CBO) een onderdeel zijn.

### **Overpeinzing 3: Landelijke belangen en prikkels bepalen de ruimte voor lokale verandering**

Het gedrag van de diverse partijen in de Nederlandse gezondheidszorg wordt mede gestuurd door belangen en de diverse (dis)incentives die in het systeem zijn ingebouwd. Het miskennen van deze belangen zou naïef zijn. De door de overheid aan ZonMw aangedragen programma's hebben veelal een politieke achtergrond. Thema's zoals vraaggestuurde zorg, versterking van het cliëntenperspectief, doelmatigheidsvraagstukken, etniciteit en gezondheid, man-vrouw-verschillen in de zorg en transmuralisering drukken een politiek gelegitimeerde algemeen maatschappelijke wenselijkheid uit. Veel patiënten, zorgverleners, zorgmanagers en financiers/beleidsmakers zullen als burger deze politieke opvattingen delen maar, vanuit hun rol in het gezondheidszorgstelsel en hun individuele belangen, niet zondermeer alle hieruit voortvloeiende praktische veranderingen willen doorvoeren. Bij veel implementatieprojecten lijken deze belangentegenstellingen vaak wat naar de achtergrond geschoven. Binnen ZonMw-projecten moeten de context waarin moet worden geïmplementeerd en de verschillende belangen in kaart worden gebracht en ZonMw stelt ook de eis van een voldoende draagvlak. In de praktijk valt echter moeilijk na te gaan of dat draagvlak wezenlijk verder reikt dan het gezamenlijke belang van de

projectsubsidie. Aan de andere kant heeft de subsidiegever maar zeer beperkte machtsmiddelen om daadwerkelijk belangentegenstellingen aan te pakken. Onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten kunnen zo onder de noemer van innovatie of implementatie als een politiek breekijzer of schaamlap worden gebruikt.

Voor het lerend vermogen van de gezondheidszorg zou het wenselijk zijn dat wordt geëvalueerd hoe binnen projecten gesignaleerde dis-incentives die voortkomen uit de manier waarop het zorgsysteem is georganiseerd, als knelpunt worden opgepikt en doorgegeven aan de verantwoordelijke beleidsmakers. Vooral als succesvolle projecten de slag moeten maken naar bredere verspreiding en structurele financiering, moet duidelijk zijn hoe de andere betrokken actoren zoals overheid en financiers hun verantwoordelijkheid opnemen. Daarvoor moet wellicht wat vaker buiten het consensusmodel worden getreden om ten minste de belangentegenstellingen helder te krijgen.

Het mag duidelijk zijn dat het doorvoeren van deelsysteemveranderingen op lokaal niveau wordt belemmerd of bevorderd door de algemene systeemopbouw. Meer dan tot nu toe het geval is, zou de komende jaren bij discussies en onderzoek over de stelselwijziging en veranderingen in organisatie en financiering van de zorg, gekeken moeten worden naar de impact van de gecreëerde in-centivestructuur op de kwaliteit van de zorg en het innoverend vermogen. Dit geldt niet alleen voor de basisverzekering, nominale premies en eigen bijdragen maar ook om zaken als de diagnose-behandel-combinaties en de honoringsstructuur van huisartsen en andere vrije beroepsbeoefenaren. Implementatie en innovatie op het microniveau van de gezondheidszorg zal in veel gevallen pas echt van de grond komen wanneer de systeembouw op meso- en macroniveau incentives bevat die de beoogde verandering ondersteunen. Dit vraagt om een duidelijke visie op de doelen en de opbouw van het gezondheidszorgsysteem en het vraagt om ombuigen van met name financiële incentives. In het huidige systeem zijn deze teveel gericht op het volume van de zorg en de kosten naar sturing op uitkomsten waaronder begrepen de gezondheidseffecten, de kwaliteit van de zorg en de mate waarin innovaties plaatsvinden.

#### **Overpeinzing 4: Kennis over effectieve implementatie - van diagnose naar therapie**

In hoofdstuk 2 van deze publicatie wordt gewag gedaan van de activiteiten van de commissie Effectieve Implementatie van ZonMw. Een aanzienlijk deel van de activiteiten van de commissie bestond uit het systematisch bundelen van de kennis over implementatie. De commissie hanteerde daarbij twee kijkrichtingen: het systematisch beoordelen en ordenen van inzichten vanuit de onderzoeksliteratuur en het systematisch evalueren van de bevindingen binnen ZonMw-projecten. Op basis van overzichten van de relevant gebleken belemmerende of bevorderende factoren zijn instrumenten ontwikkeld waarmee projecten op hun implementeerbaarheid kunnen worden beoordeeld. Van dit zich voortdurend ontwikkelende diagnostisch instrumentarium lijkt de validiteit in eerste aanleg goed, maar aan betrouwbaarheid en feitelijke voorspellende waarde moet nog de nodige aandacht worden besteed. Toch lijkt deze aanpak de beste garantie voor het verkrijgen van vergelijkend inzicht in de feitelijke implementatie van projecten.

Naast het verbeteren van dit diagnostisch vermogen ten aanzien van projecten die beogen een bepaalde verandering te realiseren dient ook het therapeutisch arsenaal verder te worden uitgebreid. Daar doet zich echter het fenomeen voor dat de therapeutische vaardigheden vooral moeten liggen bij de persoon die feitelijk als projectleider of coördinator een project trekt. De diverse studies van ZonMw-projecten laten zien dat de competenties van de persoon van de trekker een belangrijke voorwaarde voor een succesrijk verloop van een project vormen. Het ontwikkelde diagnostisch instrumentarium kan helpen de slaagkansen van een project op voorhand in kaart te brengen en kan onder andere een inadequate verantwoordelijkheidstoedeling van een projectleider aan het licht brengen. Het wordt echter moeilijker om ook de competenties van de projectleider voor ieder project systematisch te beoordelen. Hier licht primair een taak bij de organisatie of groep die het implementatie- of innovatieproject entameert. Evenals in de algemene managementliteratuur en -praktijk blijkt ook bij implementatieprojecten op het gebied van gezondheid en zorg, leiderschap van groot belang.

### **Overpeinzing 5: Over de timmerman, de tuinman, de beeldhouwer, de verpleegkundige en de burger**

Bovenstaande overpeinzingen laten steeds de spanning zien tussen enerzijds een wetenschappelijk onderbouwde toepassing van veranderingstheorieën (en vooral systeemtheorieën) op vraagstukken van gezondheid en zorg en anderzijds de eigenheid van een zorgsysteem met patiënten, professionals, managers, verzekeraars, beleidsmakers, politici en alle daar bijbehorende belangen. Ook bij de programma's van ZonMw is – soms onder de mom van innovatie en implementatie – ook sprake van het doorvoeren van een maatschappelijke agenda met behulp van onderzoeks- en ontwikkelingsprojecten. Wanneer de begrippen 'innovatie' en 'implementatie' synoniem zouden worden met deze politiek maatschappelijke agenda's lopen we het gevaar dat elke poging op voorhand gedoemd is te mislukken, omdat veldpartijen denken dat ze hiermee het paard van Troje binnenhalen.

Zoals eerder betoogd kunnen dergelijke programma's op de lange termijn alleen maar geloofwaardig zijn als de visie op de inrichting en incentives van het zorgsysteem op meso- en macroniveau ondersteunend is. Er is een verandercultuur nodig waarbij partijen zich gezamenlijk inzetten voor verbetering van de zorg en waarin enthousiasme en leiderschap worden beloofd. Daarbij zijn professionals en burgers niet de sluitpost maar het startpunt. De professional is bij uitstek de persoon die verschillende vormen van kennis in zijn praktijk kan benutten en de praktijk zo kan organiseren dat deze tegemoet komt aan de behoeften van de zorgvrager.

Niet het standaardiseren van de zorgprocessen of het standaardiseren van de output aan zorg dient het centrale coördinatiemechanisme te zijn, maar het coördineren van de inzet van deskundigheid. Dit betekent niet dat we moeten stoppen met het implementeren van richtlijnen en het stroomlijnen van zorgprocessen. Integendeel. Ze dienen echter gezien te worden als een hulpmiddel voor de zorgverlener bij de uitoefening van een ambacht, het verrichten van kenniswerk, en niet als een vervanging. Door de kennisproductie (praktijkkennis) en zorgorganisatie door de professional zelf met de nodige ondersteuning te laten uitvoeren, wordt recht gedaan aan het ambachtelijke karakter van het zorgwerk en de noodzaak van het leveren van zorg op maat.

Dit vraagt echter ook van managers en verzekeraars een duidelijke acceptatie van deze deskundigheid en het onderdrukken van de neiging om zelf op de stoel van de zorgverlener te gaan zitten.

Vanzelfsprekend dient de zorgverlener verantwoording af te leggen over de geleverde prestaties. Echter een systeem gebouwd op vertrouwen en respect zal aanzienlijk minder bureaucratische overheadkosten met zich meebrengen dan een systeem gebouwd op wantrouwen en controle en zal de mogelijkheden voor innovatie naar verwachting vergroten.

Maar ook de burger dient op de eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden te worden aangesproken. Het beeld van de zorgconsument heeft de laatste vijftien jaar bijgedragen aan het versterken van de positie van de zorgvrager, maar deze versterkte positie moet ook worden vertaald in een actieve betrokkenheid die verder gaat dan de eigen persoonlijke behoeften. Juist door het betrekken van burgers bij innovatie en implementatievraagstukken kan een balans worden gevonden tussen vraag en aanbod. Gezien het belang dat Nederlanders aan een goede gezondheid en gezondheidszorg hechten, dient het faciliteren van actieve betrokkenheid, onder andere in het kader van preventie en het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, nog meer aandacht te krijgen.

Samenvattend wordt gepleit voor een benadering van implementatie waarbij de nadruk ligt op het aanspreken van de professional als ambachtelijk kenniswerker en de zorgvrager als burger. De inzichten vanuit verandertheorieën kunnen met inachtnaam van de kennis die onder meer het programma Effectieve Implementatie van ZonMw al heeft opgeleverd de komende jaren verder worden toegepast. Daarnaast vragen zij om een algemene verandercultuur en het werken aan systeemveranderingen op meso- en macroniveau die lokale verbeteringen blijvend helpen ondersteunen.

## Over de auteurs

### **Marije Bosch**

Drs. Marije Bosch is gezondheidswetenschapper en afgestudeerd op een inventarisatie van implementatievoornemens onder projectleiders bij ZonMw. Zij heeft daarna bij ZonMw gewerkt als implementatie-assistent. Momenteel is zij als junior-onderzoeker verbonden aan het Centre for Quality of Care research (WOK), een samenwerkingsverband tussen de universiteiten van Nijmegen en Maastricht.  
e-mail: m.bosch@wok.umcn.nl

### **Roland Friele\***

Dr. Roland Friele is hoofd kenniscentrum van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg). Binnen het kenniscentrum staat de vraag centraal hoe de kennis van een groot nationaal kennisinstituut als het NIVEL, door onderzoekers beter kan worden benut. Hij doet daarnaast onderzoek op het terrein van implementatie en evaluatie van wet- en regelgeving in de gezondheidszorg. Hij promoveerde op de barrières die mensen met diabetes ervaren als gevolg van hun dieetadvies. Hij is lid van de begeleidingscommissie van het ZonMw-programma Effectieve Implementatie en van de programma-commissie van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen.  
e-mail: r.friele@nivel.nl

### **Denijs Guijt**

Drs. Denijs Guijt is programmacoördinator Vraagsturing bij ZonMw. Als fysiotherapeut leerde hij de gezondheidszorg van binnenuit kennen. Na zijn studie Beleid en Management van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam heeft hij ondermeer enkele jaren bij de NPCF gewerkt. Vanaf 1996 werkt hij bij ZonMw. Aanvankelijk als secretaris van de programmacommissie Patiënten/con-



sumenten. Inmiddels is deze commissie opgegaan in de programma-commissie Vraagsturing. Denijs Guijt coördineert het programma Kiezen in Zorg ([www.zonmw.nl/kiezeninzorg](http://www.zonmw.nl/kiezeninzorg)). Dit programma richt zich op de toerusting van de zorggebruiker als voorwaarde voor vraagsturing.

e-mail: [guijt@zonmw.nl](mailto:guijt@zonmw.nl)

#### **Jolanda Keijsers\***

Dr. Jolanda F.E.M. Keijsers is gezondheidswetenschapper en epidemioloog. Zij is als adviseur verbonden aan het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Daarvoor was zij oprichter en hoofd van het Centrum voor Review & Implementatie (CRIM) bij het NIGZ. Zij is lid van de begeleidingscommissie van het ZonMw-programma Effectieve Implementatie.

e-mail: [jkeijsers@nigz.nl](mailto:jkeijsers@nigz.nl)

#### **Niek Klazinga\***

Prof.dr. Niek Klazinga is hoogleraar Sociale Geneeskunde bij het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam. Daarvoor is hij een tijdlang verbonden geweest als universitair hoofd-docent aan het instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam en als senior-stafmedewerker aan het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Hij is lid van diverse commissies en redacties op het terrein van kwaliteit van zorg, waaronder het voorzitterschap van de begeleidingscommissie van het ZonMw-programma Effectieve Implementatie en van de programmacommissie van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen.

e-mail: [n.s.klazinga@amc.uva.nl](mailto:n.s.klazinga@amc.uva.nl)

#### **Jacomine Ravensbergen\***

Dr. Jacomine Ravensbergen is arts en stafmedewerker Kennistransfer en Implementatie bij ZonMw. Daarvoor was zij als docent/onderzoeker verbonden aan het Universitair Medisch Centrum van de Universiteit Utrecht. Bij ZonMw was zij eerder secretaris van het preventiedeelprogramma Effectiviteits- en Doelmatigheidsonderzoek en coördinator van het programma Gezond Leven. Zij is redactielid van het Handboek Zorgvernieuwing, secretaris van het ZonMw-programma Effectieve Implementatie en voorzitter van de organisatiecommissie

van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen en het kennis- en ontwikkelnetwerk van GHIP.  
e-mail: ravensbergen@zonmw.nl

#### **Wendy Reijmerink**

Drs. Wendy Reijmerink, MSM, is andragoloog en socioloog. Zij is werkzaam als senioradviseur bij de Eenheid Kennisbeleid van het Ministerie van VWS (onderdeel Directie Bestuursondersteuning). Daarvoor is zij binnen VWS werkzaam geweest als seniorbeleidsmedewerker op het gebied van volksgezondheid en zorg. Zij is als waarnemer verbonden aan de ZonMw-programma's Effectieve Implementatie en Wetenschappelijke Kwaliteit van Gezondheidszorgonderzoek, en is lid van de programmacommissie van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen.  
e-mail: w.reijmerink@minvws.nl

#### **Floor Rikken**

Dr. Floor Rikken is werkzaam als beleidscoördinator sociale gezondheidszorg bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). In deze functie is zij verantwoordelijk voor onderwerpen op het raakvlak tussen verzekerde zorg en andere zorg, zoals initiatiefruinimte ziekenfondsverzekering, e-health, arbozorg. Bij het CVZ heeft zij zich eerder beziggehouden met geneesmiddelenbeleid. Daarvoor werkte zij als onderzoeker bij de Consumentenbond. Zij is afgestudeerd en gepromoveerd in de farmacie, en schreef haar hoofdstuk op persoonlijke titel.  
e-mail: frikken@cvz.nl

#### **Peter van Splunteren**

Drs. Peter van Splunteren is andragoloog. Hij is lange tijd als stafmedewerker implementatie verbonden geweest aan ZON en later ZonMw. In die periode is hij de grondlegger geweest voor het huidige ZonMw kennis- en implementatiebeleid. Hij is thans senioradviseur/programmaleider van het programma Doorbraak bij het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Hij is lid van de begeleidingscommissie van het ZonMw-programma Effectieve Implementatie en van de organisatiecommissie van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen.  
e-mail: p.vansplunteren@cbo.nl

**Nicolet Theunissen**

Dr. Nicolet C.M. Theunissen is psychologe. Zij is sinds 2002 onderzoeker bij het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek in de gezondheidszorg). Voordien verrichtte zij onderzoek op gezondheidspsychologische thema's, zoals kwaliteit van leven bij kinderen, therapietrouw, patiëntenideeën over gezondheid en arts-patiënt communicatie. De afgelopen jaren is haar interesse verschoven en verdiept zij zich, zowel theoretisch als toegepast, in de thema's kennismanagement en implementatie van wetenschappelijke kennis in de gezondheidszorg.  
e-mail: [nicolet@ntheunissen.nl](mailto:nicolet@ntheunissen.nl)

**Cees Vos**

Dr.ir. Cees M. Vos is van origine molecuulair wetenschapper. Hij is sinds 1999 werkzaam als senioradviseur bij de Eenheid Kennisbeleid van het Ministerie van VWS (onderdeel Directie Bestuursondersteuning). Daarvoor heeft hij jarenlang gewerkt voor de Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT). Hij neemt namens VWS regelmatig deel aan discussies met ZonMw over de te volgen koers, met name op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid.  
e-mail: [cm.vos@minvws.nl](mailto:cm.vos@minvws.nl)

**Michel Wensing\***

Dr. Michel Wensing is medisch socioloog en als universitair hoofddocent verbonden aan het Centre for Quality of Care research (WOK), een samenwerkingsverband van de universiteiten van Nijmegen en Maastricht. Hij coördineert de sectie Kwaliteit van eerstelijnszorg van de afdeling Kwaliteit van zorg in het UMC St Radboud. Zijn onderzoeksgroep richt zich specifiek op implementatie en kwaliteitsverbetering in de patiëntenzorg. Hij is lid van de programmacommissie van het nationale implementatiecongres Kennis Beter Delen.  
e-mail: [M.Wensing@wok.umcn.nl](mailto:M.Wensing@wok.umcn.nl)

\* deze auteurs vormden de redactiecommissie voor deze publicatie

## Lijst met afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAS	Complex adaptive system
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CIP	Communicatie- en implementatieplan
CVA	Cerebrovasculair accident
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
ELO	Elektronische leeromgeving
GE	General Electric
GEPO	Good enough to push on
GGD	Gemeentelijke Geneeskundige Dienst
GHIP	Good Healthcare Innovation Practice
HTA	Health Technology Assessment
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IHI	Institute of Healthcare Improvement
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging (voorheen LCVV)
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NHS	National Health Services
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PGB	Persoonsgebonden budget
PP	Persuing Perfection
R&D	Research and development

RIAGG	Regionale instelling voor geestelijke gezondheidszorg
RIO	Regionaal indicatie-orgaan
TRIP	Translating research into practice
VIP	Verspreidings- en implementatieplan
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
ZFR	Ziekenfondsraad
Zfw	Ziekenfondswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland (nu ZonMw)





