

Co-creatie Zorginnovatieboek

Aangeboden door 125 co-auteurs
en de initiatiefnemers

4 oktober 2012



Waarom dit boek

Het verbeteren en betaalbaar houden van de zorg is de komende decennia één van de grootste uitdagingen voor Nederland. Vele partijen bogen zich al over het vraagstuk. Met gedeeld succes. De (ervaren) kwaliteit van de zorg in Nederland is goed.

Tegelijkertijd zien we de kosten alleen maar stijgen. Dit boek over zorginnovaties is in co-creatie ontstaan met mensen die ideeën en kennis over de gezondheidszorg hebben.

Het boek geeft een handvat en een onafhankelijk advies over hoe zorginnovaties kunnen bijdragen aan zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg.



Een woord vooraf

Aan de initiatiefnemers en auteurs willen wij ten eerste aangeven dat jullie trots mogen zijn op het gerealiseerde resultaat, waar wij als adviesraad graag onze naam aan verbinden. Het boek biedt een boeiend overzicht van innovatiekansen en bijdragen aan de veranderende zorgvraag en veranderende rollen die daarbij passen. Wij hopen dat dit boek u als lezer zal inspireren en enthousiasmeren.

Met dit co-creatie Zorginnovatieboek willen de initiatiefnemers en co-auteurs én inspireren én denken én doen, maar vooral doen. Natuurlijk is het waar dat innovatie zonder inzicht een toestand creëert zonder uitzicht. En natuurlijk is het waar dat je een indicatie van de meeropbrengst in kwaliteit van leven en resultaten voor de burger moet kunnen aangeven. Vooraf én achteraf, en daar draagt het boek ook oplossingen voor aan.

Door niets te doen loopt het systeem van maatschappelijke ondersteuning en gezondheidszorg op de huidige voet vast. Dat hoeven we niet meer opnieuw uit te rekenen omdat we dat al weten. De daad bij het woord voegen om van ZZ naar GG gaan, van ziekte en zorg naar gedrag en gezondheid. Met die omslag zijn we bezig. Dat vraagt innovatie ook in onze manier van denken, analyseren, en doen. Daarvoor is het nodig om

met lef en durf aan de slag te gaan. Dit boek brengt die gedachten bijeen en stelt heel duidelijk dat de sleutel ligt bij het meer invloed, zeggen- en eigenaarschap geven aan burgers en zorgconsumenten. Het is onze maatschappelijke opgave om de vraag van morgen en de komende jaren te accommoderen op het nieuwe aanbod; niet alleen denken in ziekte en zorg maar steeds meer in gedrag en gezondheid. En vervolgens het

nieuwe aanbod te accommoderen op de nieuwe type vragen, behoeften, en competenties van burgers, zorggebruikers, professionals en zorginstituties.

Wij wensen u veel leesplezier!

Met beste groet,

**Adviesraad van het co-creatie
Zorginnovatieboek**

Co-creatie

Zorginnovatieboek

Aangeboden door 125 co-auteurs
en de initiatiefnemers

4 oktober 2012



Inhoudsopgave



Inleiding

Het idee voor dit boek is ontstaan onder de douche. De plek waar je in de ochtend nog even kort een moment voor jezelf hebt alvorens de dag echt begint. Ik houd met al langer bezig met de vraag hoe de zorg kan worden veranderd door diverse innovaties. Het onderwerp zorg was dus geen onderwerp van discussie, maar wel de vraag hoe je tot de gewenste veranderingen in de zorg kan komen.

De puzzelstukjes vielen, na het scheren, bij het tandenpoetsen in elkaar:

- Gebruik LinkedIn en je netwerk optimaal.
- Doe het in co-creatie.
- Kom met een eBook als eindproduct.
- Koppel het aan een planning.

Op dezelfde dag (24 januari 2012) is de Linkedingroep aangemaakt en ziet de concept-uitnodigingsfolder het licht. De dag erop is Remco Hoogendijk aangehaakt. Weer een dag later zijn de leden van de adviesraad benaderd en 3 dagen later is de voorbereiding rond. Op 1 februari 2012 zijn ongeveer 2000 mensen via LinkedIn benaderd.

Co Politiek - Initiatiefnemer van het Co-creatie Zorginnovatieboek



Doel- en doelstelling

1e doel: Het innovatieboek wil een handvat geven om de innovaties te classificeren en succesvol te implementeren. Dit geldt voor de ingezonden innovaties maar kan ook gelden voor zorginnovaties in het algemeen.

2e doel: is dat we het schrijven van het innovatieboek op een smaakmakende en unieke wijze qua proces uitvoeren. In dit geval met behulp van een co-creatieproces. Dit co-creatieproces heeft richting de co-auteurs (uiteindelijk ook richting bestuurders, patiënten en zorgverleners) het doel om elkaar feedback te geven, elkaar aan te vullen, betrokkenheid en samenhang te creëren, etc.

Nevendoel is dat het innovatieboek een onafhankelijke indruk, mening en advies geeft van wat er in zijn algemeenheid in de zorg, en specifiek rondom zorginnovaties, gebeurt en hoe dat anders zou kunnen. Nevendoel is ook merkbare inspiratie, een grijns op het gezicht en vervolgens merkbare daadkracht.



Bericht op Skipr

Het co-creatieproces en de werkwijze

Op 1 februari 2012 startte het initiatief. Na 10 dagen waren er al een groot aantal leden lid geworden van de aangemaakte Linkedingroep. Ook

de media vonden het initiatief (zie bericht van skipr etc).

Rond 1 maart waren er circa 600 leden in de groep. De groep kent een gevarieerde samenstelling: zorgverzekeraars, zorgverleners, zzpers, leveranciers, farmaceuten etc.

Medio maart hadden zich zo'n 275 mensen aangemeld om te gaan schrijven. Op 28 maart was er een kennismakingsbijeenkomst voor de potentiële co-auteurs. Zo'n 40 co-auteurs maakten van de gelegenheid gebruik om elkaar in het hoofdkantoor van Conclusion in Utrecht te ontmoeten en om meer te weten te komen over het initiatief.

De sluitingsdatum voor het inleveren van de innovatie was 14 april. Uiteindelijk leverden 100 co-auteurs een beschrijving van een innovatie/verandering. Na 14 april maakten nog 24 extra auteurs van de mogelijkheid gebruik om via de op 9 mei gelanceerde site

Een moderne eend in de bijt, en niet echt een programma maar toch: *Co-creatie Zorginnovatieboek*¹³
Van de site:

"De aandacht voor de zorg wordt steeds groter en groter. De betaalbaarheid staat steeds meer ter discussie. De komende jaren wordt er daarom een beroep gedaan op ons innovatieve vermogen om veranderingen in de zorg door te voeren welke bijdragen aan zowel de kwaliteit, de kosten en de toegankelijkheid. Met het schrijven van het Co-creatie Zorginnovatieboek kan elke LinkedIn-relatie co-auteur worden van dit boek. Door het aanleveren van een stuk tekst over je visie en je concrete gerealiseerde verandering/innovatie conform een vooraf afgesproken inhoudsopgave en format kunnen co-auteurs elkaar inspireren en uitdagen. Het uiteindelijke zorginnovatieboek zal op 1 juli 2012 worden aangeboden aan zorgverleners, gemeenten, zorgverzekeraars, koepels en de minister. Het is daarna openbaar en gratis te downloaden op internet. Als co-auteur kun je het natuurlijk ook verspreiden naar al je andere relaties via social media".

www.zorginnovatieboek.nl hun innovatie kenbaar te maken. Vanaf 9 mei ging de stemmingsronde voor Linkedingebruikers van start. Om de kwaliteit van het initiatief verder te verhogen werd in overleg met de adviesraad de planning en het proces aangepast.

Op 15 juni werd de stemmingsronde voor de Linkedleden beëindigd. De stemmingsronde voor LinkedInleden leverde uiteindelijk meer dan 2700 unieke stemmen en bijna 300 inhoudelijke commentaren op.

Melding adviesbureau STOA

Op 13 februari maakte adviesbureau STOA melding van het initiatief als klein maar wellicht veelbelovend. Op basis van een gevormde brainstormraad werd eind juni gesproken over hoe het co-creatieproces verder uitgewerkt kon worden. Dit heeft geleid tot een opzet en aanpak als beschreven in het document "co-creatie in de zomer!!".

Conform dit document vonden er op 30 augustus en 2 oktober live co-creatie bijeenkomsten plaats waarbij co-auteurs onderling maar uiteindelijk ook met patiënten en bestuurders



Bijeenkomst co-auteurs

de eigen innovatie hebben kunnen verbeteren. De bijeenkomst op 30 augustus was in het hoofdkantoor van Menzis in Wageningen. Er waren circa 125 deelnemers. Er was veel enthousiasme. Op de finale bijeenkomst op 2 oktober waren eveneens circa 125 deelnemers. Onder leiding van gastpresentator Ruud Koolen van Skipr hebben Cathy van Beek (UMCN St Radboud), Theo van Brunschot (Pantein), Robbert Huijsman (Achmea) en Laurent de Vries (GGD Nederland) gereageerd op het boek. Met Stefaan Bergé (medisch specialist UMCN St Radboud) is contact gemaakt via Facetalk, een nieuwe veelbelovende innovatie in de zorg. De toon van de reacties op het boek was positief. De vraag is nu hoe we door gaan pakken.

Op dit moment (oktober 2012) heeft de groep zo'n 775 leden en hebben zo'n 125 co-auteurs meegeschreven aan het boek.

Parallel aan de bijeenkomsten is er een groep co-auteurs aan de slag gegaan met het daadwerkelijk schrijven van het boek. Het resultaat lees je nu.

Lees- en zoekinstructie

Dit boek is volledig geïntegreerd met de bestaande site van dit initiatief, www.zorginnovatieboek.nl. Alle inhoudelijke uitwerkingen van de innovaties vindt u op de site. In dit boek staan de verwijzingen en worden de innovaties in een bredere context geplaatst met behulp van de diverse hoofdstukken. Als u rechtstreeks wilt zoeken op items, tags en andere sleutelwoorden, dan geeft de site daarvoor de beste mogelijkheden. Dit boek is gemaakt in Adobe. Adobe reader is gratis en kunt u op elke computer bekijken.



Management Samenvatting

Voor u ligt het co-creatie Zorginnovatieboek . Dit boek is met 125 co-auteurs in 8 maanden, in co-creatie, tot stand gekomen. Het boek is niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, wel op praktische inzichten en ervaringen van de co-auteurs en de initiatiefnemers.

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Co Politiek en Remco Hoogendijk

De Zorgproblematiek van Nederland vereist spoedige en doortastende veranderingen

De samengevatte conclusie met betrekking tot de zorgproblematiek in Nederland is:

- Er ontbreekt een integrale visie op zorg in Nederland. Discussies over zorg worden dikwijls symptomatisch en/of gefragmenteerd gevoerd. Oorzaak en gevolg worden dikwijls met elkaar vermengd.
- Ondanks het ontbreken van een integrale visie is de kwaliteit van zorg binnen Nederland ten opzichte van het buitenland relatief hoog. Dit jaar is Nederland, volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI), zelfs weer nummer 1 van Europa geworden; [download het rapport](#).
- De zorgkosten vormen met 84,9 miljard euro per jaar (2009) de grootste “publiek besproken onderneming” van Nederland, maar we besturen het niet als een grote onderneming. Een mooi grafisch overzicht van de kosten, inmiddels 90 miljard voor 2011, en waar dat aan opgaat, vindt u [hier](#).
- Mensen moeten meer gaan betalen voor de zorg maar zij hebben bijna geen invloed op de

inhoud en de kwaliteit van zorg (ook hebben zorgconsumenten (patiënten, cliënten, bewoners, klanten etc.) meestal nog geen inzicht in de declaraties van de aan hen geleverde zorg). De zorgconsument heeft nog steeds onvoldoende positie en collectieve invloed in de interactie tussen zorgverzekeraar, zorgverleners en ook gemeenten. Meer invloed, zeggenschap en eigenaarschap van de zorgconsument zien wij als de belangrijkste innovatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren en de benodigde kostenreductie te realiseren. Sterker nog: de nieuwe zorgconsument komt er aan en die zal niet wachten tot hij spreekrecht en spreektijd krijgt, maar het gewoon gaan afdwingen...

- De urgentie om te veranderen binnen de zorg wordt steeds groter. Symptombestrijding helpt niet meer. Het is nu niet de tijd om te hopen op ontwikkelingen van buitenaf, maar om proactief en adequaat te denken en te doen.

Vooraf doen. En er is goed nieuws: er zijn concrete oplossingen voor handen. Oplossingen die durf én lef vragen, Alleen de premie te verhogen en de pakketten kleiner te maken levert onvoldoende resultaat...

Productierijpe en breed ingezette zorginnovaties leveren essentiële oplossingen voor de zorgproblematiek

De conclusies met betrekking tot de oplossingen, de zorginnovaties, zijn:

- Zorginnovaties leveren zowel kwaliteitsverbetering als kostenbeheersing. Er zijn landelijk een groot aantal innovaties, projecten en best practices uitgevoerd, die op kleine schaal hun effect hebben bewezen. Tot nu toe blijft landelijke uitrol, opschaling en implementatie van deze innovaties echter achterwege, terwijl er enorme slagen mee te maken zijn. Zie de toelichting in het [hoofdstuk 'Facts & Figures'](#). Dit artikel wil vooral prikkelen

tot nadenken en handelen, het pretendeert niet dé waarheid te vertellen noch op dat alle punten en komma's onbetwistbaar zijn. Het gaat om de grote lijnen. Om ons af te vragen: Waarom doen we wat we doen, en kan dat niet slimmer? De conclusie is: alle ingrediënten voor goede zorginnovatie zijn aanwezig: concrete behoefte vanuit de zorgconsument, investeringsgeld, oplossingen met harde baten en de know how om deze zorginnovatie professioneel aan te pakken. Maar toch weten we elkaar niet altijd te vinden, ontbreekt het ons aan overzicht en komen we onvoldoende tot actie. Zo constateren we dat er investeerders en participatiefondsen voor de zorg zijn met veel geld, maar die aangeven dat ze onvoldoende goede projecten kunnen vinden. Volgens een recente publicatie van Skipr gaat het om honderden miljoenen ongebruikt geld in diverse fondsen (Artikel Skipr:

Geld is het probleem niet in de zorg, Ruud Koolen, 6 juli 2012). Er zijn grote mogelijkheden om op regionaal niveau op dit punt doorbraken te realiseren.

- Zorginnovaties worden belemmerd doordat op het eerste gezicht fraaie financiële voordelen, bij nadere inspectie dikwijls niet aansluiten op de financiering van de zorg, met al haar financiële schotten en perverse prikkels. De complexiteit van de financiering breekt veel goede innovaties op. Ze worden vaak in het begin in stand gehouden door subsidies, maar hebben vervolgens geen continuïteit, omdat ze niet opgeschaald worden of niet binnen de reguliere financiering worden betaald. Bestaande regelgeving en verantwoordingsstructuren zijn niet zelden de belangrijkste faaloorzaak van zorginnovaties. Daarnaast worden innovaties door betrokken partijen als zorgverleners en zorgverzekeraars onvoldoende beoordeeld op hun maatschappelijke bijdrage. NZa zou zorginnovaties kunnen stimuleren, die integrale zorg voor de zorgconsument mogelijk maken door zich meer op uitkomstbeschrijvingen te richten. Dit biedt aanbieders en patiënten meer ruimte om afspraken te maken over integrale zorg en de gewenste uitkomsten daarin.
- De zorgconsumenten worden nog maar zeer beperkt betrokken bij het ontwerp van een zorginnovatie, met als gevolg dat er diverse verwachte financiële effecten en het grootschalig gebruik niet worden gerealiseerd. Er zijn vele mogelijkheden voor alle organisaties in de zorg om met zorgconsumenten samen te innoveren en te co-creëren in elke stap van de primaire en ondersteunde zorgprocessen. Co-makership is dan een kernbegrip, zonder dat co-creatie en co-makership een nieuwe vorm van kartel wordt.
- Zorginnovaties worden vaak nog onvoldoende begeleid naar een inzetbaar niveau ('maturitylevel'), ook bij de inzendingen voor dit boek, waardoor individuele organisaties ze lastig kunnen toepassen. Dikwijls ontbreekt er een goede business case of is er geen aantoonbaar resultaat ('evidence based') of zijn er andere factoren onvoldoende uitgewerkt om succesvol breed te implementeren. Aandacht voor het proces van innoveren is voor alle betrokken partijen van belang, inclusief hoe de klant vanaf de start kan worden betrokken en de innovatie breder geïmplementeerd kan worden. Meer informatie hierover kunt u vinden in het [hoofdstuk over het innovatiematuritymodel](#).

Samenvatting van het zorginnovatieboek

In het volgende deel worden de verschillende thema's en adviezen uit het boek kort samengevat.

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Co Politiek en Remco Hoogendijk

Acht thema's geven een overzichtelijk beeld van de verschillende stromingen binnen zorginnovatie

Het zorginnovatieboek is onderverdeeld in een aantal thema's. Per thema gelden de volgende conclusies:

Nieuwe gemeenschapszin:

Communities en nieuwe gemeenschapszin worden nog vaak gezien als een instrument voor kostenreductie (fraai omschreven als de gewenste zelfredzaamheid). De invloed van communityvorming kan echter veel verder gaan, mits

deze de krachten bundelt, waardoor zorgconsumenten meer invloed kunnen uitoefenen op de inhoud en kwaliteit van zorg. Geef mensen in de community - naar voorbeeld in Engeland - het "Community right to challenge", zie Community Right to Challenge. Daar is zichtbaar hoe in Engeland communities in staat worden gesteld om gemeentelijke diensten over te nemen.

Van aspirine naar vitamine:

Preventie kent de drieslag van peen (verleiden), preek (waarschuwen) en zweep (geboden, verboden, financiële prikkels etc.). Deze drieslag is in een

effectieve preventieaanpak nodig maar te vaak wordt alleen gekeken naar het laatste: de zweep. In dat geval zal preventie een negatieve associatie benadrukken en wegvluchten van wat waar het om te doen is: spreken over en bezorgd zijn over behoud van gezondheid in plaats van betutteling. In plaats van belonen worden in die gevallen dan alleen negatieve prikkels gehanteerd en benadrukt (bijvoorbeeld in relatie tot roken). Of er is sprake van een sterk aanbodgericht denken en handelen. Beide blijken in hun beperkte inkadering en context dan niet, breed gezien, over de gehele linie te helpen. De verwachting is dat technologische vondsten ervoor gaan zorgen dat ziekterisico's/aandoeningen en erfelijkheid proactief te achterhalen zijn. Zorgconsumenten krijgen hierdoor de komende jaren steeds meer mogelijkheden om de eigen gezondheid en vitaliteit in de gaten te houden. Preventie gaat echter over gedragsverandering welke lastig te beïnvloeden is. Daarnaast hebben

een aantal factoren weinig te maken met een ongezonde levensstijl an sich maar zijn het gevolg van onvoldoende opleiding, geen werk, slechte woonomstandigheden etc.

Efficiëntie in de zorg: Uit vele publicaties en onderzoeken in maatschappelijke ondersteuning en gezondheidszorg blijkt dat er forse verspilling is in productie, verwerking, afzet en gebruik. Denk bijvoorbeeld aan re-work, iatrogene schade (schade veroorzaakt door medische handelingen), aan onnodige bureaucratische druk, administratie en procedures, of aan onnodige diagnostiek en ziekmakende therapie die niet geneest of het lijden verzacht. Op zich is dit geen nieuws, maar wel een belangrijk punt als we moeten besluiten wat wel en niet in de collectieve voorzieningen thuis hoort. We hebben ooit gekozen voor die lasten, maar ze verstikken en belemmeren zorgvernieuwing.

Het aanzienlijk verminderen van

de administratieve lasten zien wij als een quick win die snel opgepakt kan worden. Veilig werken en kwaliteit van zorg moeten niet verward worden met de noodzaak voor administratieve lasten.

Waarom niet gewoon taakstellend afspreken om de administratieve lasten in twee jaar met 40 procent te verminderen. Dat levert besparingen op die we in kunnen zetten om gewenste innovaties te selecteren en implementeren, die vervolgens weer verdere besparingen mogelijk maken.

Efficiëntie in de zorg kan ook worden afgedwongen door zorgconsumenten. Geef zorgconsumenten hun eigen prikkel: doe het in één keer goed, en doe het op tijd!! Dit leidt tot betere kwaliteit, minder kosten, minder gezondheidsschade, minder menselijk leed en hogere productiviteit. Mensen hebben over het algemeen immers maar één belang: snel beter worden. Geef dus voorrang aan het bestrijden van deze verspillingen. Pas als dit op orde is, en de kosten nog steeds te

hoog blijken, is er reden om discussies te voeren als het stoppen van zorg in iemands laatste levensjaar of het niet betalen van dure medicijnen voor mensen met zeldzame ziekten.

Optimaliseren ketenzorg: Er is veel verbeterpotentieel in het optimaliseren van de ketens in de zorg. Wat opvalt is dat het verzilveren van de mogelijkheden nog te vaak plaatsvindt zonder betrokkenheid van de zorgconsumenten. Neem bijvoorbeeld zorgprogramma's voor chronisch zieken, die wel met het zorgaanbod in de keten zijn afgestemd, maar niet met de zorgconsument. Andere belangen gaan dan een rol spelen. Aan de kop van de keten kunnen de zorgconsumenten veel meer invloed, zeggenschap en eigenaarschap ontwikkelen. Dit helpt ook daar weer om verspilling tegengaan.

Hack de zorg: De gewenste verandering in de zorg, en de gewenste marktwerking, zal niet of

onvoldoende geïnitieerd worden door de zorgaanbieders noch de zorgfinanciers onder het huidige regime van wet- en regelgeving. Het is ook hier weer van belang om zorgconsumenten als volwaardige partner met invloed, zeggenschap en eigenaarschap in deze driehoek te zien. Met behulp van de mogelijkheden van internet zijn er nieuwe en eenvoudige coalitievormen voor zorgconsumenten mogelijk. Vanuit de overheid is het van belang om financiële schotten weg te nemen. Zorg vanuit de overheid voor financiering op cliëntniveau in plaats van financiering vanuit de soorten zorg. Dat helpt verdergaande deregulering en vermindert de noodzaak van directe sturing via subsidies en achterom regelingen.

Let Patiënts help: De kracht van patiënten en andere zorgconsumenten wordt dikwijls onbenut gelaten. Er is vaak sprake van een traditionele verhouding tussen patiënt en zorgverlener, inclusief afhankelijkheid.

Door de mogelijkheden van internet en communityvorming tussen mensen, zijn zorgconsumenten veel meer dan vroeger in staat om actief betrokken te zijn bij hun diagnose, behandeling en nazorg. De zorgconsument als co-producent van de eigen zorg is dan samen met arts of zorgverlener verantwoordelijk voor het behandelresultaat.

Geluk in de wolken: Er ligt een enorm innovatiepotentieel in het domein van Ehealth en Domotica. De techniek en het inzicht daarover is al ver en zal de komende jaren alleen nog maar meer mogelijkheden gaan geven. De grootschalige implementatie van deze techniek hangt echter sterk samen met de vraag of zorgconsumenten van de techniek gebruik gaan maken. Ook hier is het weer zaak om vanaf de start van het ontwerp betrokkenheid van zorgconsumenten en zorgverleners te verzekeren om er een succes van te kunnen maken. Het inzetten van Ehealth, Zorg op afstand en Domotica

als basis voor vitaliteit en de regie over de eigen gezondheid kan daarbij een enorm positief effect geven, en de traditionele 1:1 relatie tussen zorgverlener en zorgconsument aanvullen en verbeteren.

Implementatie & opschaling: hierbij is de belangrijkste constatering, dat implementatie & opschaling vaak niet het eerste is waar men als innovator aan denkt, maar wat uiteindelijk wel bepalend is voor de impact in de praktijk. Implementatie & opschaling hangt er dus meestal maar een beetje bij. En is vaak ook iets waar de innovator niet gepassioneerd of goed in is. Het accent ligt op de inhoud van de innovatie, in plaats van het veranderproces om de innovatie uiteindelijk door alle betrokkenen te laten inzetten. Bij de implementatie is de zorgconsument en de zorgverlener nog niet, onvoldoende of te laat betrokken.

Belangrijkste bevinding door alle hoofdstukken heen is

dat het sterker maken van de positie, invloed, zeggenschap en eigenaarschap van de zorgconsumenten een enorm effect kan hebben op de kwaliteit van zorg, de kosten van de zorg en de wijze waarop innovaties succesvol tot stand kunnen worden gebracht.

Op basis van bovenstaande bevindingen en conclusies komen we tot de volgende adviezen:

Advies implementatie & opschaling

We zien vaak dat landelijk gestuurde innovaties zich richten op individuele projecten bij instellingen. Aspecten als landelijke opschaling, structurele financiering, goede onderbouwingen, met business cases, evidence en white-papers gericht op bestuurders en zorgverleners ontbreken (te) vaak. Dat maakt het uitermate lastig voor zorgorganisaties om door te pakken met innovaties. Hoe moeten zij door de bomen van de talloze landelijke innovaties en -initiatieven het bos zien (meer dan 400!)? En de zorgorganisa-



tie die de innovatie zelf gerealiseerd heeft mist veelal specifieke innovatiekennis, -kunde en -vaardigheden om grootschaliger door te pakken, als die dat al zouden willen: zij hebben immers voor zichzelf de uitdaging al opgelost en zijn druk genoeg met nog betere zorg te verlenen!

Samenvatting van adviezen

Een geslaagd individueel project opschalen naar landelijk niveau blijkt een te grote stap. Daarom is ons advies om innovatie eerst op regionaal niveau goed te organiseren. Een regio c.q. grote stad is groot genoeg om met ketens en meerdere zorginstellingen te werken, en kleinschalig genoeg dat de directe stakeholders en beslissers zaken met elkaar kunnen doen. En op regionaal niveau is voldoende financiële en bestuurlijke kracht bij elkaar te brengen om het innovatievliegwiel succesvol op gang te brengen. Het is daardoor een veel kansrijker uitgangspunt dan om individuele innovaties direct op landelijk niveau te implementeren.

Op regionaal niveau vindt natuurlijk al het nodige plaats, vooral door samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Toevoeging aan het advies is:

- Het samenbrengen van bewezen (in kwaliteit en geld) innovatiesuccessen in een specifieke regio c.q. grote stad.
- Het afspreken van een regelarme zone waardoor er gelijkwaardige prikkels ontstaan en betere mogelijkheden voor shared savingsmodellen.
- Het geven van invloed, zeggenschap en eigenaarschap van zorgconsumenten in coöperaties en andere entiteiten (zie uitwerking van dit aspect bij het advies over versterken positie zorgconsumenten) waarbij de cliënt zelf aan het stuur van de eigen gezondheid zit; niet alleen denken maar ook doen.
- De kracht van het advies zit in de combinatie van de afzonderlijke adviezen.

Welke mogelijkheden biedt de regionale innovatie-aanpak verder?

- Het biedt een platform om een regionale ambitie te formuleren waardoor een bredere en duurzame show case is neer te zetten met meer concrete en bewezen oplossingen die inspelen op de regionale behoeften, inzicht in de totale regionale baten en gebruik makend van innovaties die elkaar versterken bij het verwezenlijken van die regionale ambitie. Onderdeel kan bijvoorbeeld zijn om de huisarts meer een spilfunctie te laten innemen met regionale budgetten.
- Toepassing van 'best of breed' innovaties kan enorme rendementen opleveren op financiële vlak, kwaliteit van zorg (zelfredzaamheid, vitaliteit) en het bieden van leuker werk aan zorgverleners. Win-win-win.
- Er ontstaat een regionale basis met een goed fundament om op voort te bouwen. Na bijvoorbeeld een geslaagde keteninnovatie,

vinden de keten-partners elkaar makkelijker voor de volgende innovaties, waardoor een platform voor betere cross care en ketensamenwerking ontstaat.

Advies voor versterking positie zorgconsumenten

Een van de belangrijkste conclusies in dit boek is het versterken van de positie van zorgconsumenten, uiteraard in combinatie met zorgverleners en mantelzorgers. Deze ontwikkeling heeft de afgelopen jaren een belangrijke vlucht genomen en zal steeds belangrijker worden. Patiëntenorganisaties hebben getracht om de belangen van de zorgconsumenten beter te vertegenwoordigen bij zorgverzekeraars en zorgverleners. Daar zijn mooie resultaten mee gerealiseerd.

Onderbouwd door concrete voorbeelden zien we dat het betrekken van patiënten in communities ook daadwerkelijk

het gewenste positieve effect heeft op de kwaliteit van zorg en op de kosten. Ook zien we een toenemend aantal innovatievoorbeelden waarbij zorgconsumenten meer onderdeel vormen van het behandelteam. Grote groepen zorgconsumenten hebben echter, ondanks de mooie voorbeelden hoe het anders kan, nog steeds weinig invloed op de kwaliteit en de inhoud van de zorg.

Naar onze mening is er ruimte voor een volgende stap in het formaliseren van de invloed, zeggenschap en eigenaarschap van zorgconsumenten. Ons advies daarin is:

- Richt voor specifieke groepen van zorgconsumenten coöperaties op. Het bestuur en leden wordt gevormd vanuit de zorgconsumenten.
- Laat deze coöperaties de zorg inkopen, ondersteund door zorgverzekeraars en laat ze de ervaren zorg beoordelen.
- Zorgverzekeraars maar ook zorgorganisaties en

patiëntenorganisaties spelen in principe een adviserende en ondersteunende rol.

- Geef een dergelijke groep van zorgconsumenten "Community Right to Challenge"¹. Leidend principe is in één keer goed, en als men het beter kan dan de landelijke benchmark, zou er zelfs een shared savingsmodel kunnen ontstaan.
- Daarnaast zullen burgers en zorgconsumenten zich ook op landelijk niveau nog beter en moeten organiseren en bundelen om een nieuwe stem in de zorg te laten horen, als gelijkwaardige partner van overheid, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Samen met de landelijke koepels en patiëntenverenigingen kan deze dan zicht houden in coördinerende en toetsende zin van hetgeen landelijk op collectiviteitsniveau gebeurt, en het verstevigen van meldpunten, politieke lobby, en het inzichtelijk maken en verder uitbouwen van initiatieven, zoals Zorgkaart Nederland.

Welke mogelijkheden biedt deze versterking?

- De zorgconsument krijgt een gelijkwaardige rol naast de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders.
- Stimulering van de marktwerking. Nu moet de zorgverzekeraar onderhandelen met de zorgverlener.
- Zorgconsumenten redeneren vanuit hun eigen behoefte: in één keer goed!!

Advies aan de zorgverzekeraars

- Ga zoveel mogelijk in co-creatie met verzekerden, collectiviteiten en of andere soorten van communities van verzekerden/ zorgconsumenten. Dit zorgt voor een effectievere commercie en het zorgt voor een effectiever zorginkoopproces waarbij klanten zorgverzekeraars voorzien van inkoopspecificaties en feedback over de ervaren kwaliteit.
- Werk zoveel mogelijk in co-creatie met innovators. Zij ervaren

zorgverzekeraars als een niet te nemen vesting.

- Durf in de relatie met verzekerden verder te gaan, dan het geven van op zich mooie positieve prikkels als spaarpunten (Menzis) en/of andere ruilsystemen (Caire.nu). Geef verzekerden/ zorgconsumenten eens echte invloed, zeggenschap en eigenaarschap. Vorm bestaande communities (bijvoorbeeld topzorg Menzis) om naar zorgconsumenten coöperaties.
- Pak een regio of stad, waar een lokaal relevante selectie van bewezen “best of breed” innovaties worden geïmplementeerd en zorg op die manier voor opschaling met het minste risico en de zekerste baten.
- Help gemeenten (die ook bereid zijn te investeren) met financiering en facilitering van wijk- en buurtinitiatieven met betrekking tot zorg in minimaal de eigen dominante werkgebieden. Laat dit niet beperkt zijn tot het krijgen van sociale-minima contracten,

maar zorg voor onderscheid op de inhoud.

- Benut het potentieel van community-vorming bij collectiviteiten (circa 70% van het marktaandeel), waar in combinatie met de belangen van de werkgever een nadrukkelijk belang ligt om te investeren in preventie. Dit in tegenstelling tot individuele verzekerden met individuele belangen.

Advies aan de zorgverleners

- Maak innoveren tot ‘tweede beroep’ van daarvoor enthousiaste medewerkers, ontwikkel routes en routines om met medewerkers, zorgconsumenten, ketenpartners, overheden, kennisinstellingen, private partijen, en investeerders niet alleen pilots uit te voeren maar ook duurzame implementaties te realiseren.
- Co-creëer met innovators, onderzoekers en implementators vanuit uw zorgproces en kennis en gebruik hun creativiteit en

onderzoeksvaardigheden.

- In de opleidingen van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners dient er meer rekening worden gehouden met de rol van de zorgconsument als partner en co-producent.
- Investeer in sociale innovatie: daag medewerkers uit om hun werk slimmer te organiseren, overbodigheden eruit te halen, en om vervolgens met innovaties aan de slag te gaan gericht op betere zorg, meer vitaliteit en een betere kwaliteit van leven.
- Geef stem aan zorgconsumenten: benoem een ‘chief listening officer’, breng met zorgconsumenten de zorgpadbelevingen in kaart, breng met hen in kaart waar zij in hun leven met zorg ‘echt iets aan hebben’ en waar zij behoefte aan hebben, laat hen zorginnovaties beoordelen en mee-realiseren (crowdsourcing), verbindt er consequenties aan.
- Verwerf data en maak doorbraakgerichte analyses

op grond waarvan ingesleten gewoonten ter discussie gesteld kunnen worden, daag kennispartners en adviseurs hierop stevig uit.

- Stimuleer technische innovators om (oud) zorgconsumenten te benaderen als een kritische consumentenmarkt of als een kritisch kopers collectief en ontwikkel relevante technische innovaties op basis van de groeiende inzichten.
- Creëer en participeer in innovatieve omgevingen, zoals living labs en academische werkplaatsen. Ga met medewerkers regelmatig op bezoek bij inspirerende voorbeeldorganisaties en vraag inspirerende bedrijven te gast in uw organisatie.
- Sticht nieuwe praktijken naast de bestaande, zoals een anderhalfdelijnscentrum of een samenwerkingsverband in een wijk, en zorg voor (personele) uitwisseling.

- Stimuleer de huisarts om een spilfunctie in te nemen in innovatieve concepten met regionale budgetten en een actieve rol van patiënten.

Advies aan de gemeenten

- Geef wijken/buurtten/dorpen het “community right to challenge” [*Community Right to Challenge / Community Rights*](#): Daag ze uit en als men kan aantonen dat zij het beter en goedkoper kunnen dan de overheid dan krijgen ze ruimte en geld.
- Laat communities in wijken en buurten zich organiseren als coöperaties etc. Zelfredzaamheid krijgt dan meer betekenis door echte invulling van invloed, zeggenschap en eigenaarschap vanuit burgers/patiënten.
- Ga verder dan de keukentafel-gesprekken in de WMO welke gaan over kostenreductie. Zorg door co-creatie met de burgers en andere belanghebbende partijen dat op basis van betrokkenheid en

creativiteit nieuwe arrangementen binnen de WMO ontstaan op basis van betrokkenheid en creativiteit.

- Laat mensen in de wijk meedenken in het ontwerp van innovaties en beslissen (meerderheid van stemmen) over welke innovaties zij van belang vinden. Gemeenten kunnen zich veel meer opstellen als financier, facilitator en adviseur.
- Maak burgers ook lid van de stuurgroep bij verdere implementatie van innovaties en laat hen grotendeels de capaciteit leveren. Vul dit eventueel aan met professionele expertise van zorginstellingen, gemeente en externen.

Advies aan de Minister

‘Never waste a good crisis’ was een gevleugelde uitspraak van de Amerikaanse econoom Milton Friedman en deze uitspraak is actueler dan ooit voor onze huidige crisis, zorginnovaties en wat daarmee te winnen is.

1. **Het formuleren van onze nationale ambitie.** Iedereen wil een toegankelijke zorg en de best mogelijke zorg; voor zichzelf en zijn geliefden. Maar hoeveel %BBP is daarvoor nodig? In 2009 werd al 14,65% BBP aan zorg uitgegeven. We hanteren hierbij de brede CBS definitie, dus inclusief alle contante uitgaven van burgers en bedrijven. Tegelijkertijd zijn er nog enorme slagen te maken zijn met zorginnovatie. [*Zie hoofdstuk Facts & Figures*](#). Alle benodigde ingrediënten daarvoor zijn aanwezig: behoefte, investeringsgeld, concrete oplossingen en know how. Toch brengen we deze vraag en aanbod nog onvoldoende bij elkaar.

Laten we daarom een nationale ambitie formuleren voor een nader te bepalen BBP plafond voor de totale zorguitgaven, inclusief de constante uitgaven. Dit creëert enorme ruimte elders, geeft benodigde druk (sense of urgency)

en biedt kansen voor de benodigde omslag in denken. Ambitie is: de burger krijgt dezelfde of vaak betere zorg. Zo'n ambitie biedt een objectieve kapstok om tal van veranderingen in gang te zetten. Van theoretische exercitie naar concrete doelen. Nu proberen we vooral de stijging af te remmen en kijk waar dat ons de afgelopen decennia heeft gebracht. Een verandering in denken en doen zal ons op nieuwe wegen en naar andere oplossingen brengen.

2. **Het inrichten van een voorlopige en pragmatische ketenregie voor de Care en AWBZ.** Het doorlichten van ons huidige carestelsel is onvermijdelijk. Het zal tijd kosten en nieuwe uitdagingen introduceren. In de Care gaat meer dan 50% van alle zorguitgaven om. Er zitten lastig te besturen mechanismen. Er is veel te winnen met procesinnovatie en toepassing van arbeidsbesparende technologie. Er is voldoende

bekend over de 'perverse prikkels' en allerlei andere belemmeringen om vernieuwing en verbetering in te voeren, maar deze kunnen moeilijk op individueel niveau opgelost worden.

De grootste uitdaging voor het breed toepassen van zorginnovaties is het ontbreken van een hoofdregisseur, die verantwoordelijk is voor het formuleren van doelen, het stellen van prioriteiten, en het in beweging brengen van partijen en het behalen van geformuleerde doelstellingen. Met het laatste wordt concreet bedoeld op het uitrollen van kwalitatief én kwantitatief renderende zorginnovaties.

Begin daarom bij de Care en stel een ketenregisseur aan om de kosten in Care en AWBZ jaarlijks omlaag te brengen met behoud van kwaliteit. Dit introduceert een nieuwe kracht, die in staat

is innovaties op te schalen, en belemmeringen op te heffen.

3. **Een nieuwe focus op opschaling in de regio.** Ons hele zorginnovatiestelsel is gericht op het doen van onderzoek en het vinden van nieuwe oplossingen. Deze worden in pilot-omgevingen getoetst en heel soms krijgen we daar een maatschappelijke business case uit die kwaliteitsverbetering en financiële haalbaarheid aantoont.

Er blijven echter cruciale punten ongeadresseerd waardoor opschaling niet van de grond komt.

Een succesvolle aanpak zou via de regio kunnen werken: groot genoeg om met ketens en meerdere zorginstellingen te werken, en kleinschalig genoeg dat de directe stakeholders en beslissers zaken met elkaar kunnen doen. En op regionaal niveau is voldoende financiële en bestuurlijke kracht

bij elkaar te brengen om het innovatievliegwiel succesvol op gang te brengen.

⁽¹⁾ *artikel Burgerinitiatief als democratisch fundament van Fred Meerhof*

Hoofdstuk 1C



Stellingen & antwoorden op recente artikelen

Booz: Zorg 8 mld goedkoper door minder behandelingen

De Nederlandse samenleving kan jaarlijks tot € 8 miljard euro besparen, als artsen afzien van overbodige en ondoelmatige behandelingen bij patiënten. Daarmee kan de kostenstijging in de gezondheidszorg de komende jaren worden opgevangen.

Antwoord Zorginnovatieboek:

Wij hebben de onderliggende berekeningen niet kunnen verifiëren, maar deze stelling sluit aan bij onze eigen constatering.

CVZ: dure medicijnen voor twee zeldzame ziektes uit basispakket

Het vergoeden van de medicijnen voor patiënten met de ziekte van Fabry en bepaalde vormen van de ziekte van Pompe is volgens een uitgelekt

ontwerpadvies (zomer 2012) van het CVZ te duur. Inmiddels is het definitieve advies van CVZ anders geformuleerd qua toon en strekking en inhoud. Maar deze discussie in zomer 2012 kan de opmaat zijn voor een nieuwe discussie over de vergoeding van andere dure medicijnen, en daarnaast van de discussie over het doel van een verzekering: kosten waarvan het individu (de verzekerde) de draaglast niet aan kan, tenzij via solidariteit in de premieheffing, waarin de draaglast wordt gespreid over alle verzekerden.

Antwoord Zorginnovatieboek:

Het bespreekbaar maken van het beknibbelen op de kwaliteit van zorg of in de laatste fase van iemands leven is ongepast als er grotere besparingen te realiseren zijn met het efficiënter maken van de zorg (zie eerdere

bericht van Booz m.b.t. verspilling in de zorg).

VWS: wat is de zorg ons extra waard

De zorg wordt duurder door technologie, vooral doordat de hoeveelheid behandelingen stijgt. Dit is vergelijkbaar met computerinnovatie. Vroeger hadden weinig mensen een computer, want hij was duur en had weinig mogelijkheden. Tegenwoordig heeft de computer meer mogelijkheden én is hij goedkoper. Het aantal mensen dat er een heeft is dan ook enorm gestegen. Zo gaat het ook in de zorg. Bovendien bestaat zorg niet alleen uit Cure. Inmiddels geven wij meer dan 50% van het budget uit aan Care waar de hoeveelheid behandelingen minder van belang en waar technologie vooral in arbeidsbesparing enorm kan bijdragen.

Antwoord zorginnovatieboek:

De huidige geïmplementeerde zorginnovaties verhogen vaak de kosten van de zorg. Zelfs als de kosten

per eenheid afnemen, neemt het volume zodanig toe dat de kosten per saldo stijgen. De baten op gezondheid, productiviteit en kwaliteit van leven nemen wel fors toe. Het is bij innovaties verder van belang onderscheid te maken naar het soort innovatie. Ten eerste onderscheiden we de innovaties voor ziekenhuizen, specialisten en medicijnen.

Ziekenhuizen, specialisten, medicijnen en hulpmiddelen betreffen 'slechts' 36% van de totale uitgaven. Bijna tweederde van de zorg wordt hierbij buiten beschouwing gelaten, en die heeft wellicht wel baat bij innovaties.

Ten tweede is innovatie niet alleen nieuwe technologie. Het kunnen bijvoorbeeld ook procesinnovaties zijn. Zo zijn er sterke aanwijzingen dat het tegengaan van verspillingen en dubbele behandelingen ook in ziekenhuizen baat kan hebben.

In het VWS document "wat is de zorg ons extra waard" worden de volgende maatregelen beschreven,

waaruit gekozen kan worden om de zorg te beïnvloeden: Premies en belastingen, Zorgpakket, Eigen betalingen, Zorgcapaciteit, Zorgbehoefte, Efficiënte zorgverlening en Economische groei.

Antwoord zorginnovatieboek:

Het is opmerkelijk om te zien dat de invloed van de zorgconsument en hun mantelzorgers niet als maatregel wordt gezien om de kwaliteit van zorg en de betaalbaarheid van zorg positief te beïnvloeden. Juist door zorgconsumenten en hun mantelzorgers zich te laten verenigen (bijvoorbeeld in communities) en wellicht ook zo formeel te organiseren (bijvoorbeeld in coöperaties) en hen te verbinden met zorgverleners, zijn er mogelijkheden om hen als krachtige tegenspeler t.o.v. zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten te positioneren waarbij het doel: "in één keer goed", kan worden gerealiseerd.

A man with glasses is speaking, and the text 'HET PROJECT: LYMFEEKLIER KANKER' is overlaid on the image.

HET PROJECT:
LYMFEEKLIER
KANKER



Facts & Figures

Van de kant van de initiatiefnemers EN de adviesraad van dit co-creatie Zorginnovatieboek willen we een algemene opmerking maken over de genoemde bedragen in een aantal hoofdstukken in dit boek. Het gaat om bedragen die bespaard zouden kunnen worden, waarmee budget vrijkomt voor zorgvernieuwing, substitutie en innovatie. En bedragen die meteen omlaag kunnen waarmee de zorg ook nog beter wordt door waar mogelijk de onnodige productie van zorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen te herzien of te beperken. En waarmee de zorg meteen veel beter kan aansluiten bij de wensen van de burger en zorgvragers.

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Co Politiek en Remco Hoogendijk

Het lijkt een paradigmashift: nee, dit is een paradigma shift. Meer van het zelfde en nog meer geld en volume zal niet de oplossing bieden in de oplopende spanning bij het accommoderen van zorgvraag en zorgaanbod. Dit tegen het licht van toenemende zorgvraag, grotere mogelijkheden van techniek en ICT, afnemende groei van het macro zorgbudget en geheel nieuwe eisen

van de cliënt en patiënt over eigen regie op gezondheid, gedrag en zorg.

Wij kunnen allerlei bedenkingen verzinnen om de genoemde bedragen op te tellen om de besparingsomvang vast te stellen. Voor een deel zullen dergelijke reacties onmiskenbaar terecht zijn. Voor een deel is het ook oud denken.

Wij willen met deze constatering geen disclaimer inbouwen. Wij willen wel een mogelijke discussie over genoemde bedragen nu al relativëren; het gaat immers om schattingen van de orde van grootte en dus meer om de grote lijn van de richting van de besparing; geen cijfers achter de komma. Wij zien deze schattingen vooral als prikkel om de ogen te openen om besparingsmogelijkheden verder te detecteren en aan te pakken. Al zou het maar de helft of een kwart zijn, dan is nog steeds aanzienlijk en de moeite waard om aan te pakken. Het biedt een kans het majeure vraagstuk waar de gezondheidszorg de komende 20 jaar mee geconfronteerd wordt echt aan te

pakken. Dát is de essentie. Focus op deze uitdagingen om de veranderende vraag in de zorg te kunnen financieren en deze nieuwe zorgaanbod kwalitatief goed en veilig te realiseren. Stilstand of matige progressie in de zorgvernieuwing is veel schadelijker dan niet helemaal precies opgetelde en afgetrokken besparingsbedragen.

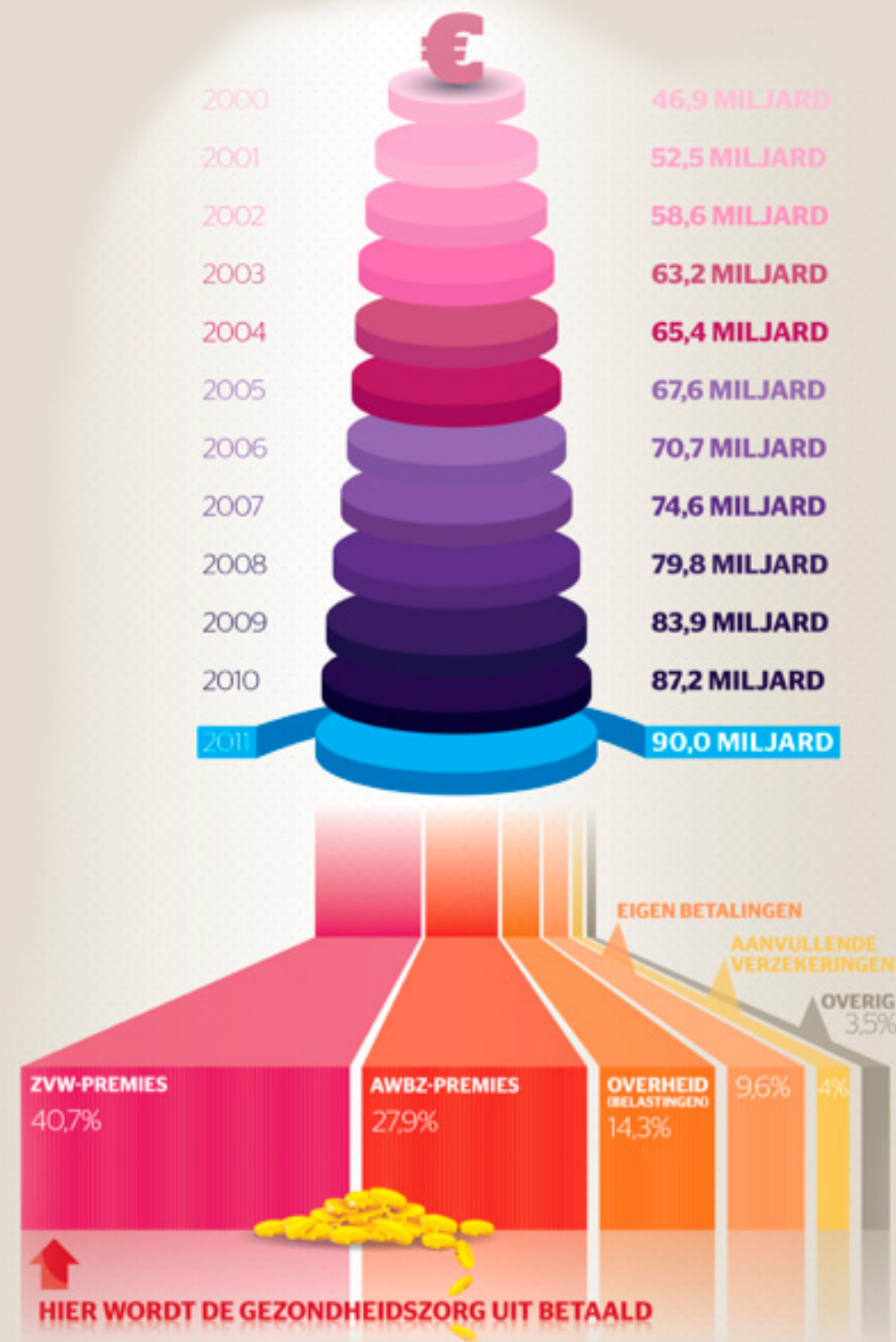
De auteurs, initiatiefnemers en de adviesraad van dit Zorginnovatieboek willen juist een voorhoede vormen en een voorhoede gevecht aangaan. Zeggen we dan ook niet in een dergelijk geval dat we samen met de lezer ons laten inspireren en het verschil willen gaan maken?



Draadstaal 1



Hoofdstuk 2B



Facts & Figures

De auteur van dit hoofdstuk is Bob Mulder

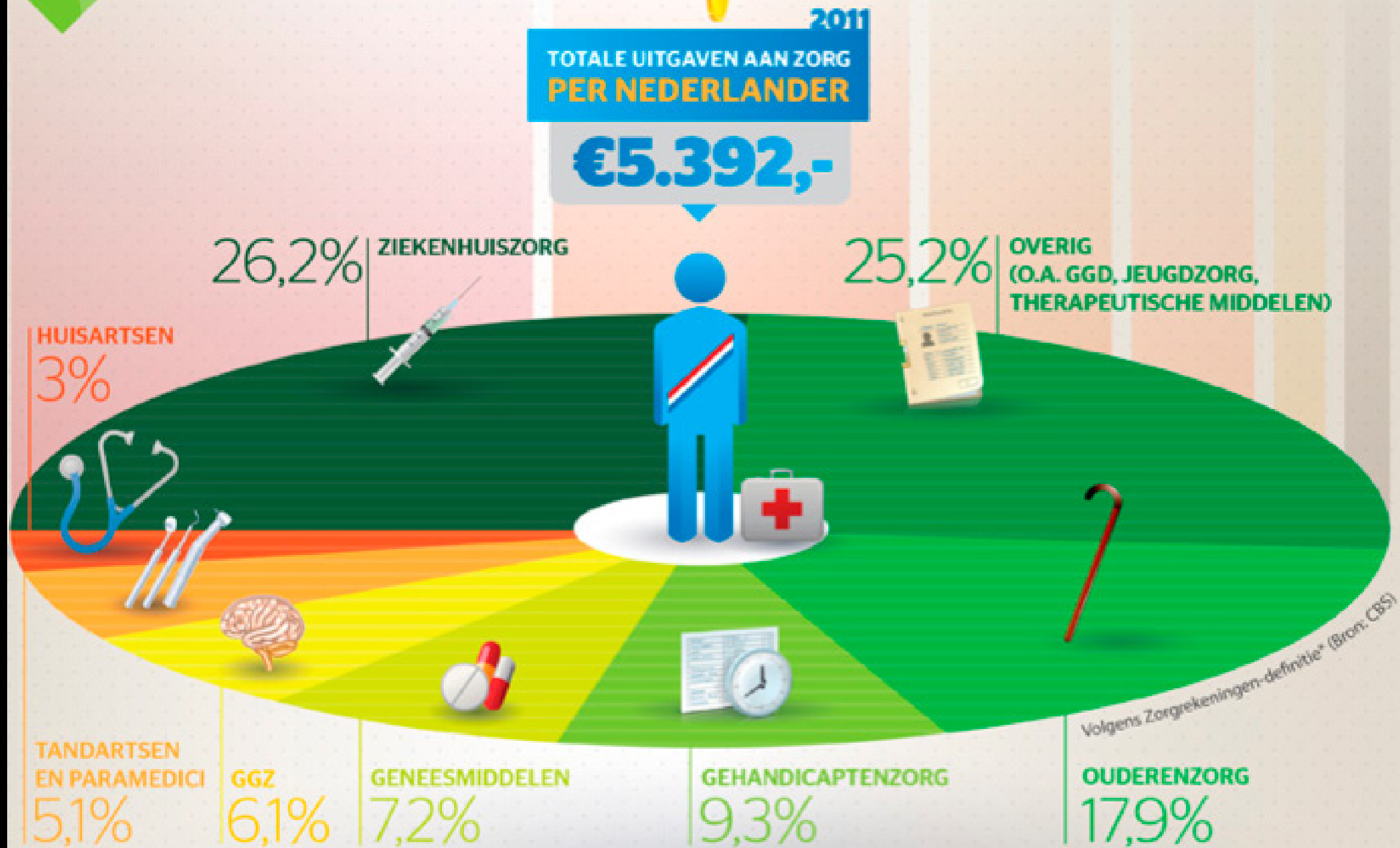
1. De cijfers van het CBS uit 2009 worden gebruikt:

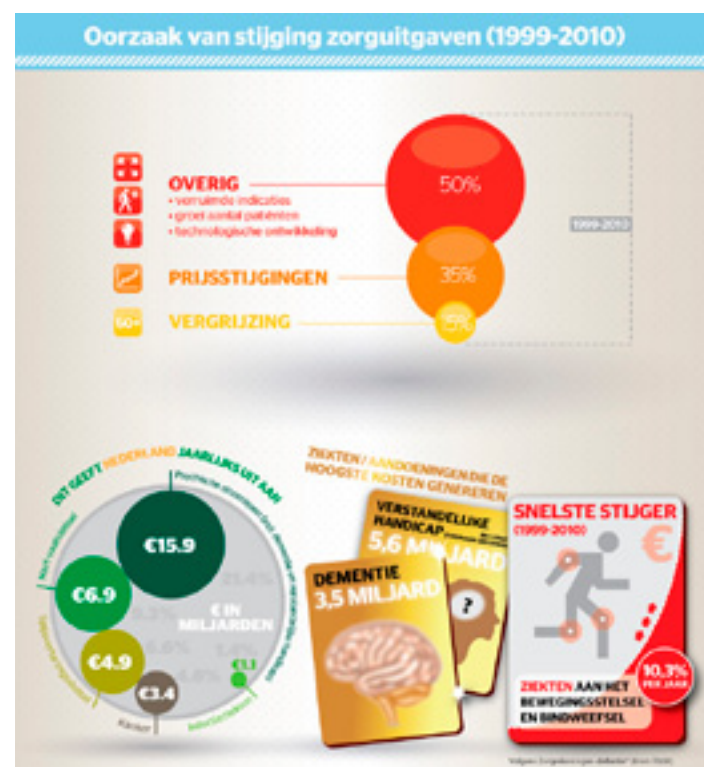
- Deze zijn definitief voor alle onderzoeken en bieden daarmee additioneel cijfermateriaal
- Het CBS registreert ook contante kosten voor burgers en bedrijven en biedt daarmee een completer en reëler overzicht van de werkelijke kosten
- In 2009 werd per hoofd van de bevolking €5.084 aan zorg uitgegeven, €11.461 per huishouden.

2. Een aantal vergelijkingen Nederland:

- Inwoners (#61 op wereldranglijst): 16,7 miljoen
- BBP (#17 op wereldranglijst): € 840 miljard
- Qua inwoners ongeveer gelijk aan: Chili (BBP € 248 miljard) of Kazakstan (BBP € 178 miljard)
- Qua BBP ongeveer gelijk aan: Turkije (75 milj. inw.) of Indonesië (238 milj. inw.)

EN HIER GAAT HET GELD NAARTOE





Bron: www.gezondheidszorgbalans.nl

Nederlandse Zorgsector:

- In 2009 €83.8 miljard = 14,65% BBP (CBS)
- Groter dan de jaaromzet van IBM wereldwijd in 2009
- Bijna gelijk aan de economieën van Noorwegen, IJsland en Portugal samen. Met net iets meer Nederlanders dan die drie samen. De Noren en IJslanders zijn tevredener over hun zorg.

Door en voor wie?

- Aantal mensen dat werkzaam is in de zorgsector: 1,24 miljoen, 971.000 FTE, 16,4 % van de werkgelegenheid
- Voor de patiënten:
 - Aantal operaties: 1,38 miljoen met 4,59 miljoen ligdagen. 669.000 klinische opnamen met een gemiddelde van 5,8 dag, 711.000 dagbehandelingen
 - Aantal bezoeken aan Poli/Ziekenhuis: 14,3 Miljoen, 43% van de bevolking met gemiddeld 2 contacten
 - Aantal bezoeken aan huisarts: 40,8 miljoen, 74% van de bevolking met gemiddeld 3,8 contacten
 - Langdurig opgenomen: 207.000 personen, 1,25% van de bevolking

Bronnen: IMF (2010), CBS (2009/2010), CNN/Fortune500, OECD.

De Kosten en baten van de zorg (bron: Rijksoverheid).

3. Wat kan zorginnovatie opleveren aan betere kwaliteit en lagere kosten?

■ Waarom is discussie over zorgkosten relevant?

- Extrapolatie van de afgelopen decennia resulteert in > 30% BBP voor de zorg in 2030 à 2040 volgens VWS/CPB.
- Een gezin met een modaal inkomen geeft nu al bijna 25% van het bruto inkomen uit aan zorg. Als dit verder stijgt naar bijvoorbeeld 50% van het bruto inkomen groeien dan gaat dit fors ten koste van het geld voor wonen en eten.
- De 'vergrijzing' veroorzaakt maar 15% - 25% van de kostenstijgingen, de echte uitdagingen bevinden zich waarschijnlijk elders.
- Meer geld voor de zorg kan eigenlijk niet eens een discussie zijn, en zeker niet in de orde-grootte zoals die voorspeld wordt. In diezelfde periode stijgen de pensioenuitgaven met nog geen 4% BBP, onderlegd door €1.200

miljard aan beleggingen en spaargeld. Deze pensioenstijging is niet op te brengen volgens alle deskundigen. De zorguitgaven zullen bij ongewijzigd beleid een veelvoud stijgen. Dit is verontrustend.

■ Wat we al van een aantal zorginnovaties weten: potentieel meer dan €11 miljard per jaar

Bij alle onderstaande cijfers en rapporten geldt dat er een voorbehoud kan worden gemaakt. Bevindingen, best practices en pilots zijn naar een landelijke schaal geëxtrapoleerd. Het geeft echter wel een indruk en het is gemaakt door gerenommeerde en deskundige partijen. Duidelijk is dat er veel potentieel is, met zorginnovatie valt veel te winnen.

Bron	Jaar	Resultaat/essentie/toelichting	Sector	Proj'n	Geschat	Min	Max
TOTAAL per jaar		Bedragen: miljard Euro per jaar, schattingen door opstellers specifiek rapport.		124	€ 11,70	€ 9,75	€ 18,00
Gupta Ouderen Zorg	2010	Efficiencywinst 10-21%; alle instellingen worden op het niveau van de koplopers gebracht qua onderliggende kostendrijvers in personeel, inkoop en kapitaal <i>Document: Gupta Strategists in het rapport 'Zicht op prestaties ouderenzorg: studie VVT 2009'</i>	Care		€ 1,00	€ 1,00	€ 2,80
ZonMW '09	2009	Overzicht landelijk toepasbare arbeidsbesparende innovaties ihkv Brede Herwaardering (Balkenende) op verzoek VWS; - 100 landelijk opschaalbare projecten uit een totaal van ruim 170 in de curatieve zorg, de langdurige zorg en preventie; voor het bedrag zijn alleen de innovaties voor de Care gebruikt, en wel hun eigen prognose. <i>Document: Kostenbesparende projecten: Quickscan van ZonMw programma's, 2009</i>	Care	100	€ 5,40	€ 3,80	€ 7,30
Sneller Beter '04	2004	Hoogervorst, m.n. efficiency verbeteringen in Ziekenhuizen <i>Documenten: Shell: Sneller Beter - De veiligheid in de zorg, november 2004 TPG: Sneller Beter - De logistiek in de zorg, juni 2004 KPN: Sneller Beter - Innovatie en ICT in de curatieve zorg, juni 2006 Aegon vermeldde geen bedragen in het rapport Rekenschap en transparantie in de zorg, mei 2005</i>	Cure	24	€ 5,30	€ 4,95	€ 7,90

De potentiële bijdrage van deze zorginnovaties is:

Dit is de orde-grootte waar we over praten:

- Geschat door de betreffende organisaties: € 11,7 miljard per jaar minder kosten. Voor dezelfde of betere zorg.
- In geld is dat 14% van het totale zorgbudget (2009) en

2% BBP (2009) aan mogelijke lastenverlichting.

- Per premiebetaler een lastenverlichting van €2.112 per jaar. Voor een tweouder gezin concreet €352 netto per maand.
- Bij volledige benutting van dit potentieel kan dit gebruikt worden om onze tekorten terug te brengen zonder verdere bezuinigingen, en

daarna voor lastenverlichtingen van de burger.

- Wat weten we echter nog niet van deze innovaties?
 - De kosten van de invoering. Deze kunnen substantieel zijn. Als bijvoorbeeld de benodigde investeringen om deze innovaties landelijk op te schalen een veelvoud van de jaarlijkse

besparingen zouden zijn, geeft dat een andere afweging dan als deze eenmalig 20% van een jaarbesparing zijn.

- Hoe het er anno 2012 mee staat: wat is van deze projecten reeds gerealiseerd en wat loopt nog?
- Alleen de eindevaluatie (2008) voor Sneller Beter geeft aan dat het doel van aanzienlijke verbeteringen maar deels gehaald is. Vragen zijn hoeveel zouden de aanzienlijke verbeteringen moeten opbrengen, hoe staan die in relatie tot de investeringen, wat is uiteindelijk wél bereikt en hoe wordt de rest nu aangepakt?
- Gezien de onvoldoende innovatiematurity van de meeste projecten (zie desbetreffende hoofdstuk) en het feit dat het opschalen van zorginnovaties in 2012 nog steeds zeer actueel is, stellen wij dat er enorm potentieel en kansen ligt met betrekking tot zorginnovatie! Hoe groot het potentieel exact is weten we niet. Maar ook al zouden we

Bron	Jaar	Resultaat/essentie/toelichting	Sector	Proj'n	Geschat	Min	Max
TOTAAL per jaar		Bedragen: miljard Euro per jaar, schattingen door opstellers specifiek rapport.		276	€ 5,90	€ 5,90	€ 9,90
Booz & Co (Klink)	2012	Verminderen onnodige zorg.	Cure		€ 4,00	€ 4,00	€ 8,00
In voor Zorg '12	2012	In voor Zorg! 2012: 250 trajecten op vier thema's. Onbekend welke innovaties toegepast worden. Er konden geen ramingen gevonden worden. In voor Zorg thema's: 1. Bedrijfsvoering: Invoering van bewezen efficiëntere processen en methodes. 2. Ketenzorg: Meer en betere samenwerking in welzijn, wonen en zorg door zorgketens. 3. Professionals: Meer professionele ruimte op de werkvloer en een efficiëntere inzet. 4. Zorg op afstand: Modern gebruik van technologie in de zorg gericht op de autonomie en zelfredzaamheid van de cliënt.	Care	250			
TPLZ '11	2011	Transitieprogramma Langdurige Zorg; TPLZ - Care - 26 projecten; De eerste 10 projecten leveren opgeteld een SROI van 44 miljoen, zonder landelijke opschaling; mBc buurtzorg heeft indicatief het project landelijk beraamd op 1,9 miljard om orde-grootte aan te geven. Van de overige 25 projecten kon geen landelijke schatting worden gevonden.	Care	26	€ 1,90	€ 1,90	€ 1,90

maar een deel van bovenstaande potentie realiseren dan is dat al substantieel.

- **Dan hebben we de volgende zorginnovaties waarvoor we alleen gedeeltelijke prognoses konden vinden, en waarvan eventuele overlap met andere innovaties onbekend is:**

- N.B.: deze lijsten zijn niet als volledig of definitief bedoeld, en als we mooie innovaties of programma's gemist hebben bij deze excuus!
- Wat is opgevallen bij bestudering van bovengenoemde innovatieprogramma's:

- **De individuele innovatie.** Het is vaak lastig om de financiële baten van een project of innovatie te begroten. Vaak zijn alleen maar de kosten goed aan te geven en de kwalitatieve baten. Ter wille van de discussie, besluitvorming en verdere opschaling zullen we moeten leren ook naar de financiële 'plus' kant te kijken. Ook al is die niet heel hard te maken.

Is een project van €100 miljoen duur? Op basis van alleen kwalitatieve baten wel. Als het op jaarbasis €500 miljoen kan opleveren verandert dat de perceptie van 'duur' wezenlijk. En er is niets mis mee om bij voortschrijdend inzicht ramingen aan te passen. Iedereen krijgt namelijk wel een beeld van de orde-grootte waarover gepraat wordt, en het nodigt uit om met 'tegenbewijs' te komen als het als onjuist wordt ervaren. En zo helpen we elkaar stap voor stap verder.

Bekijk het ook van een andere kant. Als degenen die het project uitgevoerd hebben en alle ins en outs kennen, geen investeringsoverzicht en kosten-baten analyse opleveren, hoe moet een andere organisatie, die al deze achtergrondkennis niet heeft dan kunnen beslissen of het voor hen de moeite loont om de innovatie in te voeren?

■ **Nationale opschaling.** Dit punt geldt voor schattingen t.b.v. nationale opschaling al helemaal. Wie wil nou z'n nek voor uitsteken om daar uitspraken over te doen? Ook hier kunnen we elkaar stap voor stap verder helpen door het helder maken van de gebruikte aannames en onderliggende berekeningen. Dit helpt om situationele, zwakke, onzekere of onduidelijke punten helder te krijgen en maakt daardoor het beslissingsrisico beheersbaarder.

De dialoog wordt bevorderd en gaandeweg kan de berekening steeds beter worden. Dit voortschrijdend inzicht helpt ook met het managen van verwachtingen, en wordt steeds meer additionele informatie zoals specifieke condities toegevoegd die voor een volgende organisatie van belang zijn.

■ **Documentatie en evaluatie:** *Let op een logische lijn in de publicaties*
Als voorbeeld wordt Sneller

Beter gebruikt. Vier Nederlandse bedrijven die met hun specifieke expertise op verzoek van minister Hoogervorst naar m.n. ziekenhuizen hebben gekeken. Zij hebben ieder hun conclusies getrokken, kansen gesignaleerd, schattingen opgesteld (veelal harde uitspraken over zowel de kwantitatief als kwalitatief te verwachten voordelen) en daarmee verwachtingen gewekt.

Het resulterende uitvoeringsprogramma Sneller Beter Pijler 3 is geëvalueerd (door Nivel). Tussenliggende documenten tussen start en finish zijn beperkt te vinden. In elk geval is de lijn zoek tussen de genoemde kansen bij de start en de uiteindelijke evaluatie.

Hard genoemde getallen (zie tabel) resulteren in de conclusie dat “de beoogde programmadoelstelling – het bereiken van aanzienlijke verbeteringen [...] maar deels is gehaald.” Wij pleiten er om die

reden voor om de oorspronkelijke doelstellingen en uitgangspunten continue te toetsen met tussentijdse keuzes en beslissingen daarin.

■ **Innoveren is co-creëren.**

Innoveren is co-creëren, voortschrijdend inzicht en vallen en opstaan. Laten we elkaar die ruimte geven. Het bedrijfsleven gaat uit van slechts een op de tien renderende innovaties. Uitgevers draaien op enkele topauteurs, en geven tientallen anderen daarmee de gelegenheid zich te ontwikkelen. Laten we maar aan het idee wennen dat innovatie geen exacte wetenschap is en dat fouten maken mag. Zo komen we met z'n allen verder.

4. **Een gedachten experiment, oftewel:**

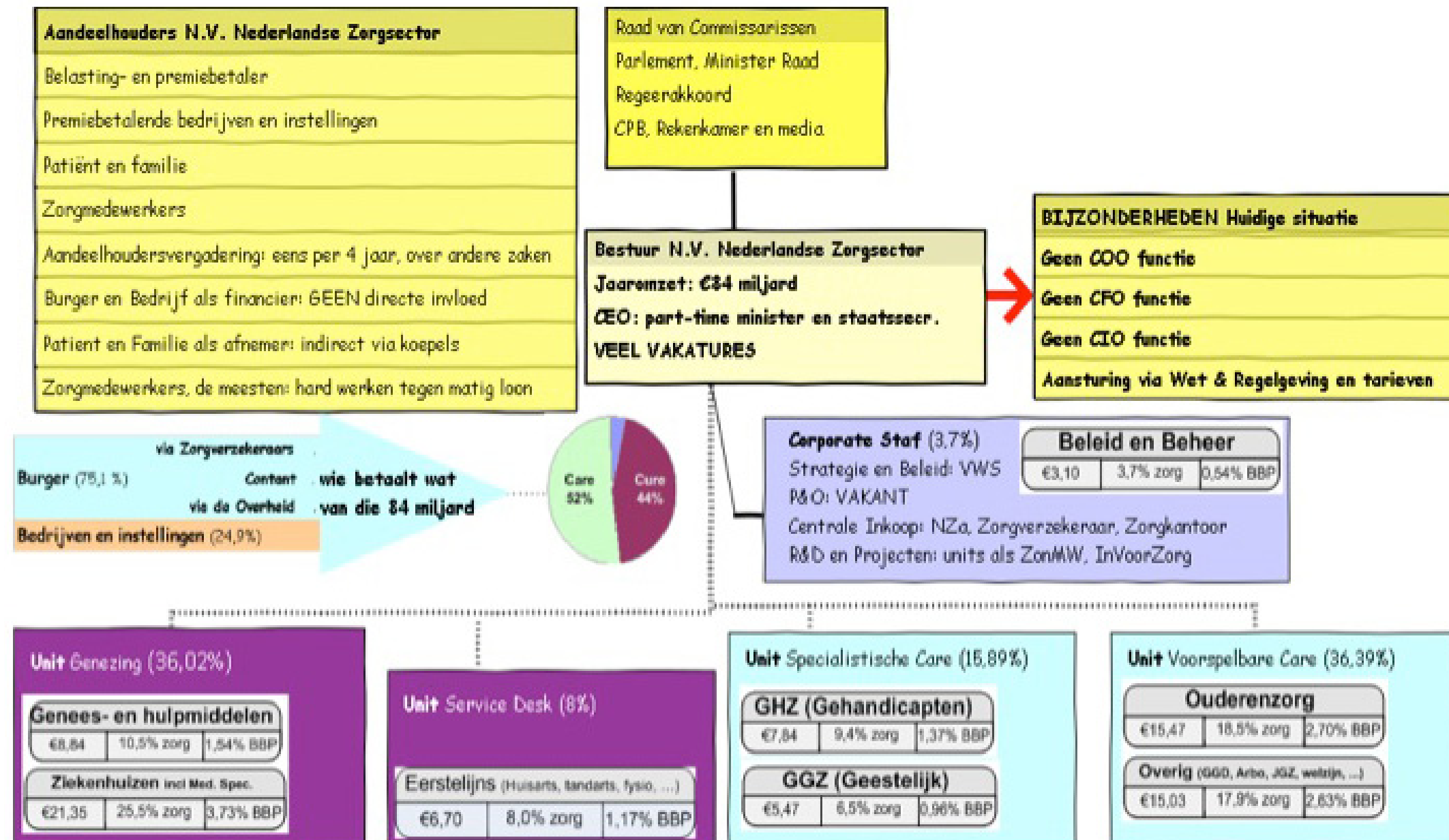
Stel de zorgsector als één bedrijf. Hoe organiseren we dat bedrijf van € 84 miljard per jaar in feite?

5. **Vragen aan de lezer**

De zorgsector als één bedrijf beschouwend, zien we in het voorgaande plaatje een dunne formele lijn en ontbrekende functies binnen het verantwoordelijke bestuur (minister en staatssecretaris).

De zorgverzekeraars zouden toch de rol van financiële directeur voor ons kunnen invullen? Misschien wel, maar zij hebben als bedrijf hun eigen belangen en doelen (zoals dat ook hoort), dus in hoeverre kunnen zij ons zorg-bedrijf als onafhankelijke financiële directeur dienen? En wie zit er nou echt bovenop de AWBZ en met welk mandaat? Daarom benoemen we hun rol op dit moment als zorginkoper.

De vier werkmaatschappijen zijn grotendeels autonoom, zijn vertegenwoordigd door koepels, hebben geen Winst-en-Verlies verantwoordelijkheid en kunnen alleen indirect via inkooprijzen en door directe ingrepen zoals productie- of



budgetplafonds vanuit het bestuur worden beïnvloed. En de primaire stakeholders (zorgconsument en premiebetaler) zijn nauwelijks vertegenwoordigd in dit systeem.

Dit brengt ons tot de volgende vragen aan de lezer:

- Welke invloed hebben patiënten/cliënten, voor wie dit hele systeem bedoeld is?
- Welk invloed hebben degenen die het betalen, burgers/premiebetalers?
- Hoe wordt dit systeem bestuurd?
- Wie signaleert verbeteringen?
- Wie zorgt ervoor dat die verbeteringen ingevoerd worden?
- Denkt u dat we met dit model de kosten onder controle kunnen krijgen?
- Zou een taakstellende zorginnovatie opdracht aan de organisaties en mensen die voor de burgers en zorgconsumenten werken een goede eerste stap kunnen zijn?



Innovatie en maturity

Het innovatiematuritymodel ondersteunt de ontwikkeling van innovaties. Innovaties kunnen zich in verschillende levels van volwassenheid bevinden. Het is goed om te weten in welke levels een innovatie zit, omdat je dan een beeld krijgt van welke stappen er nog genomen moeten worden en welke stappen er al genomen zouden moeten zijn. Overgeslagen stappen brengen risico's mee met vaak kostbare gevolgen. Het innovatiematuritymodel laat zien welke levels er zijn en geeft aan welke deliverables in welke levels nuttig zijn.

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Steven Hanekroot,
Antonio A-Tjak en Bob Mulder

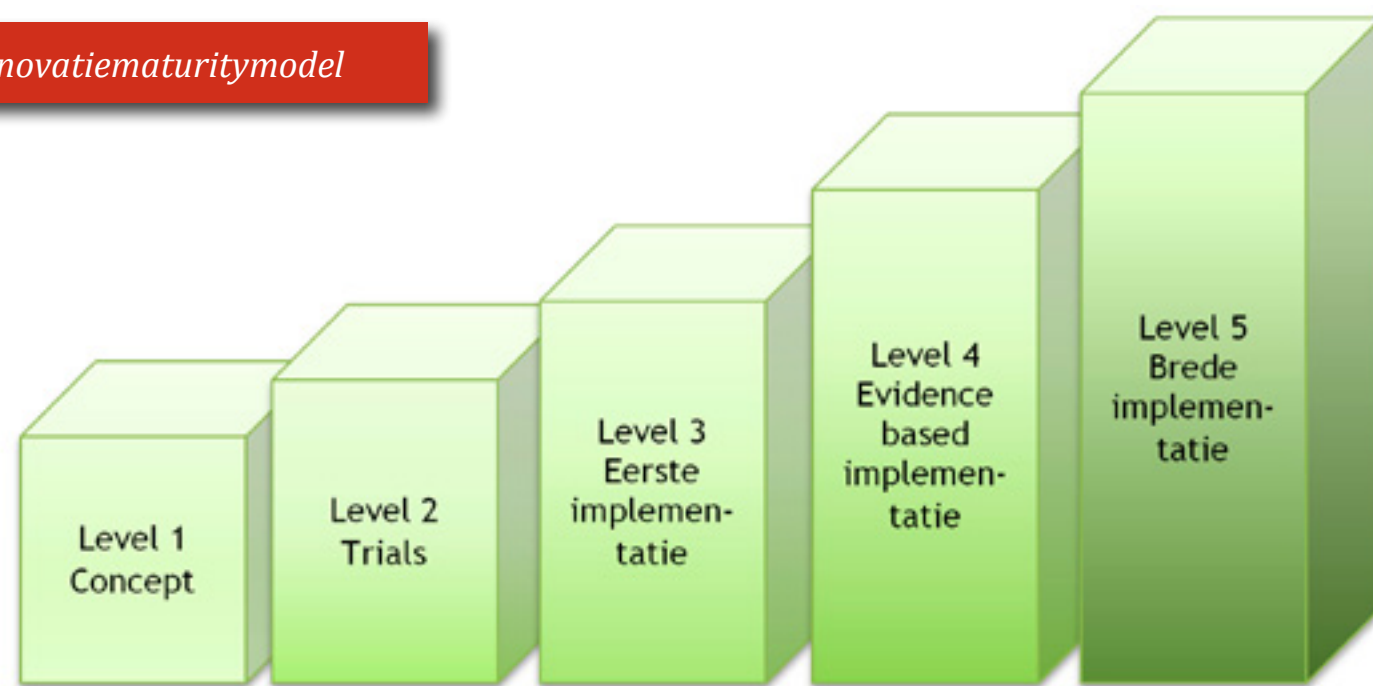
Het Innovatiematuritymodel

Het innovatiematuritymodel is opgesteld door ir. Steven Hanekroot met dank aan bijdragen van ir. Antonio A-Tjak, ing. Bob Mulder en drs. Co Politiek. Het is gebaseerd op de innovatieaanpak van de faculteit Industrieel Ontwerpen van de TU Delft, het onvolprezen boek Produktontwerpen. Structuur en methoden van Roozenburg en Eekels, 1991 en een eigen analyse van faal en succesfactoren van innovatie in de

zorg en 12 jaar nieuwsgierigheid en ervaring op dat gebied.

Het stuk gaat eerst in op de verschillende levels (of fasen als u liever een Nederlands woord gebruikt), geeft vervolgens een overzicht van aanbevolen deliverables (resultaten) per level en tot slot worden drie aanbevolen technieken toegelicht: de 'IPPOV Duurzaam beter' methode, de 'Maatschappelijke Businesscases tabel voor de zorg' en

Innovatiematuritymodel



een uitwerking van het canvas model voor de zorg. Beschrijving van de 5 levels van het Innovatiematuritymodel



De Innovatie-maturitymeter geeft een grafische weergave van de volwassenheidslevels

Level 1: Concept.

Het innoveren begint natuurlijk bij een goed idee, al dan niet om een probleem op te lossen. Dat idee wordt uitgewerkt tot een concept. Er is dan vaak alleen nog papier en soms al

wat losse modellen en probeersels. Het is verstandig om in deze level al de eerste globale kosten-baten analyse te doen, het liefst in een Maatschappelijke businesscase. Het Canvasmodel voor zorginnovaties kan ook al goed ingevuld worden om te kijken in welke omgeving de innovatie moet gaan presteren en wat de verschillende factoren daarbij zijn.

Level 2: Trials. In de triallevel wordt het concept concreter uitgewerkt zodat deze daadwerkelijk in het echt uitgetoet kan worden.

Gaat het om een productinnovatie, dan zien we een werkend prototype, gaat het om een dienst dan is het te leveren, gaat het om een proces dan kan het draaien. Meestal gebeurt de trial level binnen een afgeschermd omgeving. De trials zijn bedoeld om eerste ervaringen op te doen, verbetermogelijkheden vroegtijdig op te sporen en net zo lang te verbeteren totdat succes in het klein is bereikt en de implementatie ingezet kan worden. Er zijn vaak meerdere trials of pilots nodig om tot een productierijpe innovatie te komen. De documentatie wordt concreter gemaakt aan de hand van het voortschrijdende inzicht, waarbij de Maatschappelijke Businesscase steeds betrouwbaarder wordt.

Level 3: Eerste implementatie. Doel van de eerste implementatie is om het kleine succes van de trials op te schalen naar een grotere groep gebruikers in een bedrijf of instelling en tot succes te brengen. De eerste prioriteit is hier

het zorgen dat alles goed werkt. Vaak zijn aanvullende optimalisaties nog nodig.

De documentatie wordt weer aangepast aan het voortschrijdende inzicht. Het loont verder de moeite om iemand aan te stellen die de realisatie van de Maatschappelijke businesscase borgt en bewaakt.


Level 4: Evidence based implementatie.

Het is natuurlijk handig als Level 4, het komen tot meetbare resultaten, gelijk meegenomen wordt in Level 3. Dit is echter niet altijd haalbaar. De benodigde nulmeting en eindmeting leveren een aardige extra inspanning op. Aan de andere kant is het werven van een tweede implementatie zonder evidence een stuk lastiger.

Qua metingen is tevredenheid leuk, maar zijn winst in zorgkwaliteit, gezondheid, vitaliteit, doorlooptijd, arbeidsinzet en kosten overtuigender om anderen te motiveren de innovatie ook te gaan gebruiken. Evidence based resultaten zijn hier gewenst. Voor

betrouwbare metingen zijn grotere aantallen gebruikers nodig, zodat de kans op toevalstreffers laag is en de meetresultaten statistisch significant zijn. 100 is hierbij natuurlijk een mooi getal, vanwege de makkelijke percentages en vaak voldoende significantie.

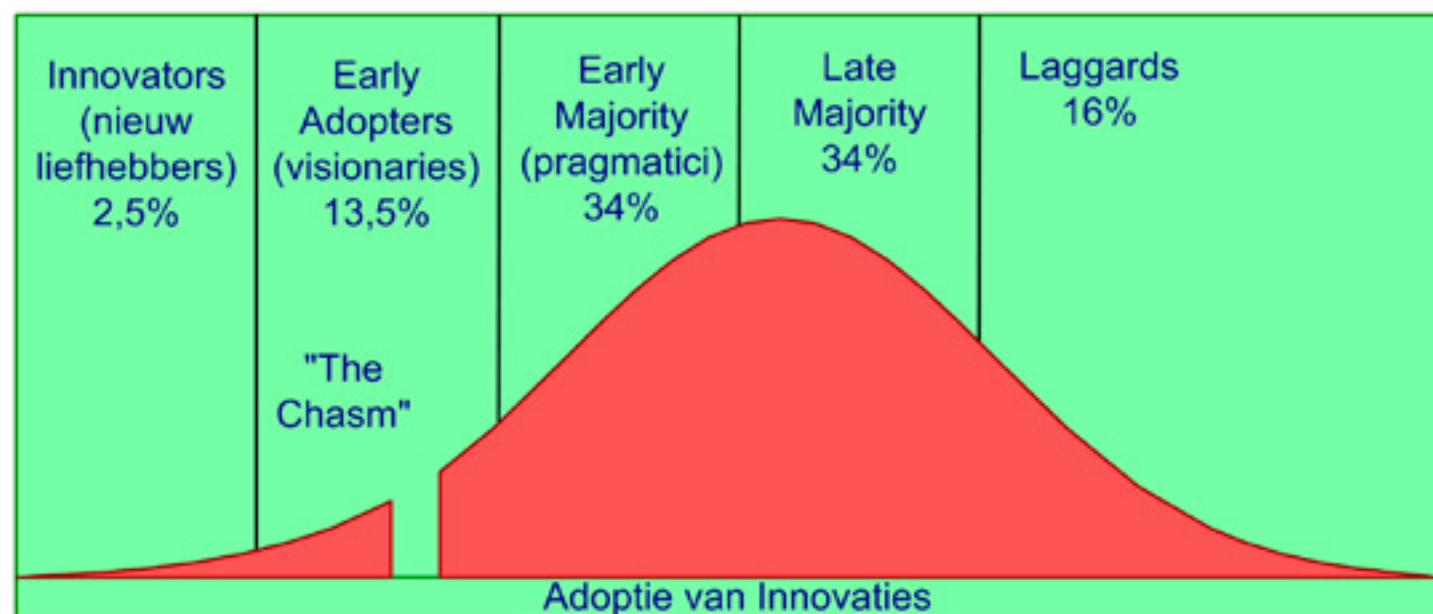
De documentatie wordt weer aangepast aan het voortschrijdende inzicht. De Maatschappelijke businesscase wordt nu concreet en betrouwbaar, en moet helder maken **hoe de innovatie binnen de structurele financiering past** en ook zonder tijdelijke subsidie in te zetten is.

 **Level 5: Brede implementatie.** De laatste volwassenheidslevel is brede implementatie. Hier gebruiken meerdere instellingen de innovatie. Best practices worden ontwikkeld en er ontstaat een gezonde financiële basis om de innovatie te onderhouden en verder te ontwikkelen.

Belangrijk is dat er voldoende marktaandeel komt om de zogenaamde innovatiekloof¹, de 'chasm', te overbruggen, om na de 'innovators' ook voldoende early adopters de innovatie te laten gebruiken, om voldoende marktaandeel te veroveren zodat iedereen in de doelgroep wel iemand kent die de innovatie gebruikt.

Voor het succes van een innovatie is het essentieel dat zowel de financiering als het verspreidingsplan een goede kans scheppen om de innovatiekloof te overbruggen. Gebeurt dat niet dan blijft een innovatie hangen in level 3 of 4 en sterft het door gebrek aan voortgang. Na het overbruggen van de innovatiekloof is de innovatie een volwassen product geworden dat zichzelf in stand kan houden en verder kan verspreiden.

Voor deze vijfde level is naast de evidence base de communicatie erg belangrijk. Interessante en



geloofwaardige publicaties alleen zijn niet genoeg; er moet ook een mogelijkheid zijn voor gebruikers om te kunnen leren hoe de innovatie in hun praktijk zou werken. Het liefst alsof ze dit van een gelijkwaardige collega zouden leren (participatief leren). Werkbezoeken, video, usecases, bestpractices en testimonials helpen hier bij. De ervaring leert dat om zorgverleners te overtuigen de focus van de communicatie vooral op de 'human interest' moet liggen, en dat cijfers en evidence meer ter onderbouwing in de bijlage horen; of om met dr. Spock te spreken: Logic is

the beginning of wisdom, not the end². Het is uiteindelijk dus vaak beter om de wijsheid te communiceren, dan de logica die daar toe leidt.

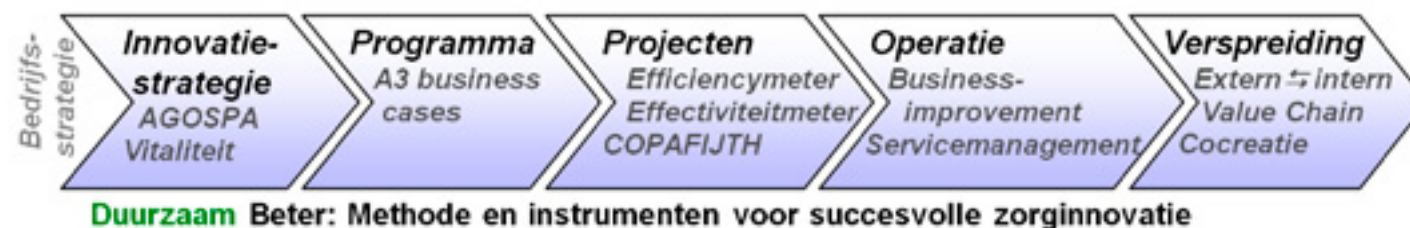
Nuttige deliverables per maturitylevel

Zoals bekend is innoveren een zaak die in de zorg nog niet vaak tot breed succes leidt. De kans op succes neemt toe als onderstaande zaken redelijk zijn uitgewerkt. Daarnaast maakt het de innovaties ook beter vergelijkbaar, wat de selectie, implementatie en verspreiding ten goede komt.

<u>Maturity</u>	<u>Maturity level 1: Concept</u>	<u>Maturity level 2: Trials</u>	<u>Maturity level 3: Eerste implementatie</u>	<u>Maturity level 4: Evidence based implementatie</u>	<u>Maturity level 5: Brede implementatie</u>
Omschrijving	Idee, visie, globale innovatie, nog niet uitgetoet	Concrete innovatie + businesscase Experiment Fieldtests	Werkend project in de praktijk	Bewezen / gemeten effecten in de praktijk	Een bij meer dan 3 organisaties geïmplementeerde innovatie
Concrete deliverables per level	<ul style="list-style-type: none"> -Probleemstelling -Visie/idee -Beschrijving globale innovatie -<u>Outline</u> voordelen -SMART uitwerking -Globale MBC -Globaal canvas model -Project financiering & Subsidie - Structurele financiering 	<ul style="list-style-type: none"> -Businessplan -Detailing innovatie & PVE -Stakeholder-analyse -MBC uitgewerkt -Voordelen klant en stakeholders -Plan van aanpak tests -Verbeterkansen en problemen -Canvasmodel zorginnovatie 	<ul style="list-style-type: none"> -Resultaten trials & project -Ervaringen klanten en stakeholders -Veranderstrategie / aanpak -Mate v inbedding/aanpassing bestaande proces, systeem, organisatie, mensen/middelen. -Implementatie plan 	<ul style="list-style-type: none"> -Meetgegevens voor en na -Inzichtelijke ervaringen betrokkenen voor participatief leren -Inzicht in MBC resultaten -Passend bij structurele financiering 	<ul style="list-style-type: none"> -MBC regionaal/ landelijk <u>nivo</u> -<u>Best practices</u> -Robuustheid/ schaalbaarheid - Communicatie & leerplan Verspreidings-plan -<u>Chasm</u>: plan & financiering overbruggen innovatiekloof

De 'IPPOV Duurzaam Beter' methode vergroot de succeskans

IPPOV staat voor Innovatiestrategie-Programma-Projecten-Operatie-Verspreiding. Vertizon ontwikkelde de 'IPPOV Duurzaam Beter' methode voor zorginnovatie na een uitgebreide analyse van de problemen en de bestpractices waarmee deze problemen opgelost kunnen worden. Het model toont de hoofdstappen van de selectie en inzet van innovatie bij zorgorganisaties. Anders dan bij de gebruikelijke gang van zaken, wordt het zorgproces centraal gesteld, en niet de innovatie. Van uit het zorgproces wordt gezocht naar de verbeteringen die innovaties brengen en die aansluiten bij de bedrijfsvisie. Het is belangrijk voor zorginnovators om deze stappen goed te doorlopen en met name om de laatste stap, de verspreiding, al vanaf het begin mee te nemen in de plannen. Zowel de individuele elementen van een stap als de samenhang tussen de stappen zijn van belang.



De belangrijkste instrumenten staan per stap vermeld (grijze tekst).

De **'Innovatiestrategie'** wordt vanuit de bedrijfsstrategie opgesteld met de AGOSPA methode (Assessment, Goals, Objectives, Strategy, Planning, Activities) die de basis legt tot en met de Projecten. Daarna wordt de strategie verder aangevuld en geoptimaliseerd voor de Operatie en Verspreiding. Vitaliteit is een samenspel van begrippen en keuzes, die de kwaliteit van leven van de cliënt beïnvloeden, en een



belangrijke richting geven aan de innovatiestrategie.

De **'Programma'** stap zorgt voor de samenhang van programma's en projecten, waarbij de Maatschappelijke business cases en A3 thinking (Toyota) de basis leggen voor heldere communicatie, inspraak en draagvlak.

Maturity	●	●	●	○	○
IST	●	●	●	●	○
SOLL	●	●	○	○	○

In de **'Projecten'** stap laat de Innovatie-efficiencymeter zien hoe een innovatieproject scoort op 'doing things the right way' ten opzichte

van Governance, Markt, Mensen & middelen, Product en Organisatie. De Innovatie-effectiviteitsmeter maakt duidelijk waar een innovatie staat met 'doing the right things' ten opzichte van de Maturity en de criteria voor de IST en de SOLL situatie (heden en toekomst). De COPAFIJTH analyse zorgt dat alle nodige disciplines worden benoemd en gebalanceerd worden ingezet.

In de **'Operatie'** stap wordt gezorgd dat de innovatie goed gebruikt en beheerd wordt en dat proces en resultaat in een continue verbetercyclus worden opgenomen. In de **'Verspreiding'** stap zorgt een 'Value chain' analyse dat de knopen in de keten rond belangen, kosten en baten snel worden opgespoord en aangepakt. Co-creatie stimuleert de verspreiding van innovaties naar andere organisaties door hen al vroeg te laten meedenken. Een goede in- en uitstroom van innovaties zorgt voor nieuwe best practices, optimalisaties, kostenreducties en lerende organi-

aties. Er zitten in de verspreiding al veel elementen die in de strategie moeten worden meegenomen.

Overzichtelijke maatschappelijke business cases geven inzicht in zorginnovaties

Met behulp van de onderstaande tabel zijn de kosten en baten van innovaties overzichtelijk weer te geven en met elkaar te vergelijken. De toevoeging van maatschappelijke elementen is nodig omdat kosten en baten van zorg voor een essentieel deel niet financieel zijn.

De 'Maatschappelijke Businesscase tabel voor de zorg' of MBC is een verdere uitwerking door Steven Hane-kroot van een overzicht dat door TNO aan ZonMw is gepresenteerd. Naast de bekende financiële parameters zijn ook vier kwalitatieve maatschappelijke parameters meegegeven: de kwaliteit van zorg, de aansluiting bij de strategische doelen van de instelling, de risico's voor de instelling en de tijdsbesparing voor zorgverleners.

Een aanvulling die hier het overwegen waard lijkt, is de winst in kwaliteit van leven. Dit zou je kunnen uitdrukken in QALY's of gewonnen levensjaren (bv RealAge.com).

In het voorbeeld worden drie scenario's of innovaties met elkaar vergeleken, om zo een organisatie te helpen een keuze te maken. Het zelfde overzicht kan ook worden ingezet om regionale of landelijke kosten en baten inzichtelijk te maken.

De manieren om deze cijfers te berekenen en onderbouwen kunnen zeer variëren. Voor de meeste processen is het aan te raden om op de werkvloer te meten en beschrijven wat er gedaan wordt; hoe vaak, hoe lang, bijzonderheden en verbetermogelijkheden. Het is aan te raden dit zelf te doen, want de zorgverleners hebben het al druk genoeg, voelen er weinig voor om extra papieren in te vullen en waarderen vaak de aandacht voor hun werk. Daarnaast geeft

Maatschappelijke Businesscase tabel voor de zorg (MBC)	Korte termijn: 1 jaar				Kwalitatieve indicatoren				Lange termijn
	Netto businesscase Korte termijn Euro / jaar	Baten Korte termijn	Investerings: euro/jaar Rente & afschrijving minus subsidies	Exploitatie euro/jaar Kosten onderhoud, service & extra werkzaamheden	Zorgkwaliteit (1)	Strategische doelen (2) - aansluiting op	Risico's (3)	Tijdsbesparing uur/jaar	Netto Business case lange termijn
	Netto BC	Baten	Investering	Exploitatie	Zorg	Strat	Risk	Uren	Netto BC
Scenario 1	€ 25.000	€ 150.000	€ 50.000	€ 75.000	++	+/-	-	2.000	€ 75.000
Scenario 2	€ 75.000	€ 300.000	€ 175.000	€ 50.000	+	++	+/-	2.200	€ 225.000
Scenario 3	€ 15.000	€ 100.000	€ 25.000	€ 60.000	+	+/-	++	1.500	€ 40.000
	€ -	€ -	€ -	€ -					€ -

© www.vertizon.nl; vrij te gebruiken met bronverwijzing.
Met dank aan TNO voor de eerste opzet, waar deze MBC een doorontwikkeling van is.

Toelichting kwalitatieve indicatoren

- 1) Veel lager, lager, zelfde, beter, veel beter
- 2) Zeer slecht, slecht, middel, goed, zeer goed
- 3) Zeer laag, laag, middel, hoog, zeer hoog

Dit MBC overzicht moet uiteraard in de praktijk worden onderbouwd met tekst en cijfers. Een belangrijk onderdeel is een meting van de activiteiten, duur en frequentie in het proces en een onderbouwde inschatting van de effecten van de veranderingen.
Meer informatie kunt u aanvragen bij info@vertizon.nl; zij denken graag vrijblijvend een eindje met u mee.

het de observatoren een schat aan inzicht in het zorgproces en de verbetermogelijkheden. Ook kunnen onderweg ideeën worden uitgewisseld met de zorgverleners, die vaak snel begrijpen of iets wel of niet kan helpen.

Een verbetering van het proces, bijvoorbeeld een tijdsbesparing, kan niet altijd worden omgezet in minder formatie of meer productie.

Eisen aan aanwezigheid en kwaliteit verhinderen dit dikwijls.

Om zorgverleners te overtuigen helpt het om op een verhalende manier uit te leggen wat er anders gaat en waarom; zij zullen bovenstaand tabelletje vaak niet erg waarderen. De tabel is meer bedoeld voor managers, bestuurders en adviseurs.

Het canvasmodel voor de zorg: effectiever innoveren met inzicht en een plan

Veel innovatieprojecten starten vanuit intuïtie, met een te beperkt plan. Hierdoor loopt men tegen blokkades op die veel eerder hadden kunnen worden voorzien. “Met een goed inzicht, op het juiste moment, kan met minder energie meer worden bereikt”. Het bekende business canvas van Osterwalder & Pigneur creëert overzicht en samenhang tussen de onderscheidende aspecten van een innovatie en de bijhorende zakelijke aspecten.

Het wordt tijd dat ook voor zorginnovatie het businessmodel canvas



wordt toegepast. Het opent de ogen voor belangrijke zaken die vooral in de beginlevel worden gemist in veel projecten. De oorzaak is eenvoudig: veel initiatiefnemers voor zorginnovaties hebben deskundigheid in één of enkele perspectieven, doch zijn blind of onbewust onbekwaam op een reeks andere gebieden.

Het businessmodel canvas helpt tal van relevante aspecten in een vroeg stadium op de radar te zetten. Zo wordt duidelijk welke kennis, bronnen en partners moeten worden aangetrokken om tot een succesvol project te komen.

Met de zakelijke aspecten van het canvas (kostenstructuur en inkomstenstromen) creëren we een verdienmodel. Hiervoor hebben we een reële blik nodig op een acceptabele prijs en de omvang van de markt. Alleen met een gedegen verdienmodel zijn er financiële partijen te vinden die mee willen doen en is er een overlevingskans voorbij



een startsubsidie. De kracht van dit canvas is dat het zich goed leent voor co-creatie. Het laat zich gemakkelijk omzetten naar actieve werkvormen in groepsverband.

In innovaties voor de zorgsector worden relatief zachte waarden gecombineerd met technologie en bijzondere vormen van zakelijkheid. Er worden zeer verschillende talen gesproken. Professionele culturen

moeten elkaar ontmoeten. Onbegrip, onduidelijkheid en verwarring liggen op de loer. Daarom is het belangrijk om met beoogde partners en klanten intensief te sparren. In gezamenlijkheid stel je de onderscheidende aspecten van de innovatie vast, en daarnaast ook de elementen die het noodzakelijke draagvlak creëren en de implementatie mogelijk maken.



Het canvas helpt om interactief met herhalende stappen naar een compleet en uitgebalanceerd programma te komen. Je kan er samenhangende uitgangspunten mee creëren. Zie het als een belangrijk werkkader en houd het actueel. Vanuit het canvas haal je onderdelen, relaties en inzichten voor de plannen die je moet maken om een innovatieproject te besturen. Het is ook te gebruiken als een overzichtelijk communicatiemiddel.

Binnen het maturity model is het aan te raden het canvas model al snel op te stellen in de conceptlevel en steeds bij te stellen. Het helpt je onder andere de waardecreatie voor meerdere klantsegmenten te overdenken. Dat is in de zorg extra belangrijk omdat er veel klanten en partners zijn: patiënten, mantelzorgers, zorgverleners, zorginstellingen, artsen, distributeurs, financiers etc. In iedere level loop je tegen nieuwe belanghebbenden op die je aan jouw zijde moet krijgen.

In het kader van dit boek is specifiek voor de zorgsector de ZIB-canvaswijzer ontwikkeld.

Lees meer over de toepassing van het business model canvas in de specifieke situatie rondom innovaties in en voor de zorgsector en download de ZIB canvaswijzer [hier](#).

⁽¹⁾ Prof. Everett M. Rogers (*Diffusion of Innovations*, 1962) en Geoffrey Moore (*Crossing the Chasm*, 1991).

⁽²⁾ *Star Trek VI: The Undiscovered Country*, 1991.



Nieuwe gemeenschapszin

Waarom is communityvorming van belang? Het ministerie van VWS is naarstig op zoek naar goede sociale innovaties. Communityvorming wordt gezien als een van de belangrijkste sociale innovaties om de kwaliteit en kosten van de zorg positief te beïnvloeden. De idee hierachter is dat communities er toe zullen leiden dat mensen meer zelf (in hun omgeving en met hun familie) gaan oplossen en minder beroep doen op de formele zorg.

De auteur van dit hoofdstuk is Co Politiek

Er zijn diverse soorten communities te onderscheiden: niet zorgende/zorggerelateerde communities, communities tussen de informele en formele zorg, en communities in de formele zorg. Communities kunnen op diverse schaal ontstaan: op wereldwijd, landelijk, wijk en/of aandoeningen/ziekte niveau.

De enorme ontwikkeling van het internet maakt de vorming van communities heel laagdrempelig. Mensen verbinden zich sneller aan

elkaar via social media. Voor de zorg zullen combinaties van fysieke en virtuele communities naar verwachting daarbij het effectiefst zijn, omdat deze het beste zullen aansluiten op de verschillende behoeften van burgers/patiënten. Communityvorming is nu, en zeker in de toekomst, niet meer weg te denken in de zorg: het is de manier voor burgers/patiënten om onderling kennis en ervaringen te delen, regie te krijgen op je eigen leven en invloed uit te oefenen op

de institutionele partijen. Met name het vergroten van de invloed van mensen op de institutionele partijen kan de verhoudingen richting zorgverzekeraars, gemeenten en zorgverleners op een positieve wijze en met positieve effecten op kwaliteit en kosten op z'n kop zetten.

Echte communityvorming is vaak veel meer dan lotgenotencontact. Zo zijn er wereldwijde communities voor zeldzame ziekten waarbij de patiënten in die communities meer weten dan de medische specialisten.

Wat kan nieuwe gemeenschapszin voor mensen betekenen?

Communityvorming zorgt ervoor dat de individuele eigen kracht van mensen wordt vergroot. Dat geldt ongetwijfeld niet voor iedereen maar op het moment dat we de traditionele 1:1 relatie in de zorg tussen patiënt en zorgverlener naar een meer collectieve relatie tussen patiënten en burgers kunnen transformeren

dan heeft dat naast de kwalitatieve voordelen ook enorme effecten op de kosten. Door communityvorming zijn er interessante mogelijkheden om tussen de community en de zorgverleners in dialoog en/of in co-creatie te praten over het verbeteren van de kwaliteit van zorg die zij ervaren. Kortom, het kan door communityvorming uiteindelijk vaker in één keer goed. Als mensen met hun zorgen en problemen bij elkaar terecht kunnen, vermindert dat eveneens de druk op de zorgverleners en dus ook kosten.

Er zijn diverse community initiatieven actief in Nederland. De grootste uitdaging is echter: hoe ontstaan natuurlijk gevormde en autonome communities van mensen met een vanzelfsprekende continuïteit en die er inderdaad toe leiden dat de kwaliteit en kosten positief beïnvloed worden. Communities ontstaan daarbij midden in de samenleving. Communities kun je daarbij ook niet zomaar even "maken". Veel initiatieven

worden echter nog bedacht door de beleidsmakers en instituties zelf en niet door de mensen uit de eigen buurten of door patiënten in ziekenhuizen. Actuele initiatieven als Mijnzorgnet (initiatief vanuit het Radboud ziekenhuis in Nijmegen) tonen aan dat communityvorming in de zorg heel goed mogelijk is. Mijnzorgnet is een virtuele community waarin patiënten en zorgverleners rondom een ziekte/aandoening met elkaar verbonden zijn. Het is ontstaan vanuit Parkinson maar inmiddels worden ook voor andere ziektes/aandoeningen op deze manier binnen heel Nederland communities opgebouwd. Communitymanagement om de community op gang te brengen (en te houden) wordt als essentieel gezien om de continuïteit te waarborgen. Een onderzoek naar de effecten van mijnzorgnet op de kosten vind je [hier](#). Stakeholders in de zorg vinden, in het denken over communities, het nog wel eng om de community echte

invloed en zeggenschap te geven. Zorgverzekeraars, gemeenten en zorgverleners blijven daarbij vaak te veel denken vanuit risico's en de beperkingen van de huidige financiële stelsels in plaats van te denken vanuit de patiënt/burger en de voordelen die communityvorming voor iedereen (ook zichzelf) kan bieden.

Hoe zouden zij dat bijvoorbeeld kunnen doen?

Zorgverzekeraars

- Stimuleren van fysieke en virtuele communityvorming in wijken. Hierdoor kan de kracht van de concentratie van verzekerden in de wijk beter benut worden. Mensen in een wijk zijn vanwege de oude werkgebieden van de ziekenfondsen, in grote getalen verzekerd bij een beperkt aantal zorgverzekeraars.
- Meer binding met de klant/community te krijgen door in continue dialoog te komen over kwaliteit zorg, productontwikkeling,

klachtenmanagement, zorginkoop etc.. Continue contact over diverse onderwerpen geeft meer binding en meer informatie over klanten dan de traditionele jaarlijkse najaarscampagne.

- Naast vormen van belonen (sparen/of ruilsystemen) verdere vormen van echte invloed, inspraak en zeggenschap toelaten op onderdelen van het proces bij een zorgverzekeraar.

Gemeenten

- Stimulering communityvorming (fysiek en virtueel) binnen wijken. Dit kan, mits zij ook invloed, inspraak en zeggenschap krijgen, tot versnelling van de gewenste burgerparticipatie leiden.
- Ondersteuning van de kanteling van de WMO kan door communityvorming op wijkniveau verder gaan dan de “keukentafelgesprekken”. De reikwijdte van hulp voor bijvoorbeeld kwetsbare ouderen kan door communityvorming in de wijk verder worden vergroot.



Zorgverleners

- Communityvorming van specifieke groepen (kwetsbare ouderen, eenzame mensen etc.) kan tot werkdrukverlichting leiden bij huisartsen. Doordat patiënten en burgers elkaar helpen (ook door gezelschap en informatie-uitwisseling onderling) kan een bezoek aan de huisarts (als het gaat over niet medisch noodzakelijke zorg) wellicht worden vermeden.
- Er zijn mogelijkheden voor versnelling van eHealth door naast de functionaliteit de community (fysiek en virtueel) meer centraal te stellen. Hierdoor kunnen mensen elkaar helpen met gebruik eHealth (uitleg, werkwijze etc.) maar ook eerder betrokken raken bij het ontwerp en aanpassingen van eHealth applicaties.
- Communityvorming geeft ondersteuning van de patiënt in het nemen van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid

Op naar Civil Society als volgende stap in communityvorming

Internationaal zijn er diverse vormen van nieuwe gemeenschapszin en communityvorming. Deze initiatieven beogen grote invloed en verantwoordelijkheid vanuit de burger en zijn ontstaan vanuit wijken. De initiatieven kunnen worden geclusterd onder de noemer Civil Society. Het gaat daarbij over onderwerpen waar burgers eigen regie over willen voeren: zelforganisatie en -bestuur over willen hebben.

In Engeland zijn er mooie resultaten bereikt onder de naam Big society. Onder de naam New Deal for Communities zijn er development trusts ontstaan in wijken, een soort wijkbedrijven die diensten ontwikkelen voor de eigen wijk. Bestuur van de trusts gebeurt door burgers aangevuld met kennis van professionals die ondersteunen maar niet besturen. De trusts zijn onafhankelijk, krijgen soms subsidie

vanuit de overheid. De Engelse regering ontwikkelt een Localism Bill die burgers verregaande rechten gaat geven, dit is de zogenaamde Community right to Challenge. Als de burgers kunnen aantonen dat ze het beter kunnen dan de overheid dan wordt dat gestimuleerd en gesubsidieerd.

Initiatieven als de Big Society in Engeland zijn mooie voorbeelden. Ze zijn niet zo maar even te kopiëren naar Nederland vanwege bestuurlijke verschillen en de wijze waarop wij de zorg financieren en organiseren. Duidelijk is in ieder geval dat implementatie van Civil Society concepten in relatie tot zorg zullen leiden tot verandering van rollen, taken en bevoegdheden tussen burgers, gemeenten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Mooi zou uiteindelijk zijn dat mensen zelf bepalen welke zorg men wil inkopen en wat men er voor wil betalen. Dit zou in geformaliseerde communities verder vorm kunnen krijgen. Vorming

van bijvoorbeeld patiënten- en senioren coöperaties (waarbij het bestuur en leden uit patiënten/burgers bestaat) kunnen een logische volgende stap zijn om de invloed en zeggenschap van patiënten/burgers daadwerkelijk vorm en inhoud te geven.

Hoe spelen de innovaties in op de ontwikkelingen

Ouderwetse burenhulp in een modern jasje van Dini Lubberts (Lubberts interim) en Saskia Danen (Zorg4Zorg) speelt in meer of minder mate ook in op ontwikkeling van een Civil Society. Deze innovatie stelt bewust de vraag naar professionele zorg uit of probeert ze te voorkomen.

Wat als “wonen met zorg” ... WEER “meedoen in huiselijkheid” wordt? van Ronald Wilmes werkt aan het ‘afschalen’ van formele zorg naar informele zorg en gebruikt daarbij nieuwe gemeenschapszin.

Ouder worden 2.0 van Sidney Persoon & Jan Rietsema – Cheza & Minase speelt in op vormen van Civil Society voor ouderen. Het zou mooi zijn als gemeenten burgers eens de kans geven, naast de bestaande thuiszorgorganisaties, om mee te doen aan een aanbesteding.

Vorming van zorg-leef woongroepen van Cora Postema – Stichting Partnerzorg probeert volledig autonome (zonder zorgprofessionals) woongroepen te organiseren. Ook weer een vorm welke dicht naar Civil Society gaat.

Kansen met Netwerkzorg van Atie Schipaanboord ziet voor het welslagen van communities een belangrijke rol van verpleegkundige teams.

Zo goed als Thuis! Van SOPHIA koppelt communitiyvorming in wijken aan senioren coöperaties.

SOCIAAL KAPITAAL: Terug naar noaberschap, maar dan anno nu! (Caire.nu) van Maaïke Schnabel en Coen van de Steeg hebben vanuit eigen ervaring in de zorg het idee gekregen dat er bredere ondersteuning nodig is als je hulp nodig hebt. Mantelzorgplaats en Caire.nu zijn recent samengegaan in een nieuwe coöperatie, WeHelpen.

Stichting DoorDeWijks van stichting DoorDeWijks zorgt dat de restcapaciteit in de wijk er nog wat op kan verdienen in het belang van andere wijkbewoners die hulp nodig hebben.

Laten we Wel Zijn, power to the people? van Gea Boon – Convenant Beweging 3.0/Cultuurhuis Theater De Kamers, Wmo Gemeente Amersfoort, Welzijn Senioren, gaat over het opbouwen van een ontmoetingsplaats voor 55 plussers. De pilot benaderd heel dicht de Civil Society vormen in Engeland...

Stichting Plus Wonen innovatief GGZ woon-zorgcomplex door Stichting Plus Wonen is ontstaan uit onvrede over de reguliere GGZ-zorg. Een groep ouders en tevens ondernemers vond dat het anders kon en moest. Na 6 jaar hard werken is het project Plus Wonen in augustus 2011 in gebruik genomen door de 15 bewoners die lijden aan Schizofrenie.

Mantelzorgplaats van Bureauvijftig, Mezzo en Vita Valley richt zich op online ondersteuning van mantelzorgers in diverse steden. Mantelzorgplaats en Caire.nu zijn recent samengegaan in een nieuwe coöperatie, WeHelpen.



Van aspirine naar vitamine

De verwachting is dat technologische vondsten ons steeds beter in staat zullen stellen om aandoeningen of (erfelijke) risico's daarop vroegtijdig te onderkennen en aan te pakken. Preventie is echter vooral een kwestie van leefstijl- ofwel gedragsverandering. Want zo langzamerhand stapelen de bewijzen zich op: een ongezonde levensstijl vergroot de kans op chronische ziekten, psychische aandoeningen en sociaal maatschappelijke problemen. Het gevolg is een hogere zorgconsumptie. Dat vinden we in Nederland niet acceptabel. In wijken en populaties die zich kenmerken door ziekmakende levensgewoonten en risicovolle leefomstandigheden moet wat veranderen. Overgewicht, roken, alcoholgebruik maar ook bijvoorbeeld depressie en stress vragen om een gerichte aanpak. Om te voorkomen dat mensen steeds zieker en kwetsbaarder worden en bovendien te afhankelijk worden van zorg die we met elkaar niet meer kunnen betalen.

De auteur van dit hoofdstuk is Lieke Hoogerwerf

Met gedragsverandering komen we op een terrein waar de zorgsector, zowel in de cure als in de care, relatief weinig kaas van gegeten heeft. Van oudsher richt de zorg zich op het bieden van een antwoord bij ziekte

en leed. Wie (nog) niet ziek is, krijgt minder aandacht, en degene die aantoonbaar hulp nodig heeft krijgt prioriteit. Vervolgens ligt het accent op het genezen van de vastgestelde kwaal.

De ironie is dat zorgverleners hier zo goed in zijn geworden, dat wij als zorgconsumenten al gauw verwachten dat voor elke kwaal wel een remedie bestaat. Wie ongezond leeft heeft een behoorlijke kans om van de nadelige gevolgen daarvan verlost te worden of kan rekenen op levenslange hulp en ondersteuning. Met haar successen is de zorgsector tegen wil en dank dus medeplichtig aan het zorgafhankelijk maken van haar klanten.

Gedragverandering is een wonderlijk weerbarstig fenomeen. Argumenten en bewijzen 'dat iets veel beter is' hebben zelden effect en kunnen zelfs een averechtse werking hebben. Bekend is het voorbeeld van de longarts die een COPD patiënt confronteert met de gevolgen van zijn rookgedrag. Het vervelende gevoel dat de patiënt na dit gesprek ervaart, is met grote kans aanleiding om er direct weer eentje op te steken zodra hij het ziekenhuis uit is. Zoals ik onlangs een wijkverpleegkundige hoorde zeggen: je kunt iets wel bespreekbaar

maken, maar uiteindelijk bepaalt iemand zelf of hij of zij iets wil veranderen. In de veranderkunde zijn er vele boeken over vol geschreven. Belonen en straffen, bewustmaken, feedback geven, opvoeden, opleiden, confronteren, bemoedigen, inspireren, overtuigen, bewijzen, voorschrijven, afdwingen, verleiden, laten meedoen, individuele begeleiding, gemeenschapsvorming... er zijn vele kleuren en smaken in het land van veranderaars.

Kortom, preventie van ziekte en zorgafhankelijkheid vormt een pittige uitdaging voor het zorgveld. Daar komt bij dat inzetten op preventie pas na langere tijd, dat wil zeggen meerdere jaren, merkbaar effect heeft. Deze maatschappelijke terugverdientijd staat op gespannen voet met de korte termijn gerichte budgetsturing en bezuinigingen. Ook is een bekend probleem dat wie er in investeert lang niet altijd ook de baten geniet. De longarts die samen met het revalidatiecentrum

en gezondheidscentrum in een stad een effectief COPD-programma opzet om roken en dus heropnames terug te dringen, maakt haar eigen broodwinning steeds verder overbodig. Dit probleem van het 'terugploegen van maatschappelijke baten' vraagt om gedurfde samenwerkingsconstructies of wellicht om virtuele investeringsbudgetten in de regio. De zorgverzekeraar kan daarin een stimulerende rol spelen, maar deze gedachte is zeker nog geen gemeengoed en nog nauwelijks uitgewerkt naar praktische regelingen voor ondernemende zorgaanbieders.

Tenslotte, als het gaat om ongezond gedrag en risicovolle omstandigheden zijn er andere partijen die wellicht wel meer invloed kunnen uitoefenen dan zorgverleners en samenwerkingsverbanden in de sfeer van zorg, welzijn, wonen en werk. In New York grijpt de lokale overheid stevig in door de verkoop van al te grote bakers met suikerhoudende

frisdranken te verbieden. In dezelfde stad is onlangs de eerste 'social service bond' gestart, waarin private investeerders 10 miljoen dollar verbinden aan het met 10% terugdringen van recidive onder jonge gevangenisverlaters. Beide voorbeelden staan misschien te ver af van ons 'Rijnlands' organiseren, waarin met overleg gezocht wordt naar een duurzame ontwikkeling. Aan de andere kant, voor een overheid die duidelijk stelling neemt en daarmee trage overleggrems en bijbehorende bestuurlijke kosten overbodig maakt valt heel wat te zeggen, vooral waar het leefstijlverandering betreft.

Kortom, preventie is geen eenvoudige opgave en zeker niet iets wat het zorgveld alleen moet aanpakken. Wat kan het zorgveld dan wel doen als het gaat om preventie? Misschien wel vooral inspelen op de vraag naar informatie, op de behoefte aan inzicht en vooral aan minder onzekerheid. Elke zorgverlener kan daar direct zelf wat aan doen, zonder ingewikkelde

samenwerking, financiering of overheidsingrijpen. Zorgen dat patiënten zichzelf kunnen monitoren, dat ze alle relevante informatie hebben over hun behandeling en medicatie, dat ze deze kunnen of zelfs moeten meebrengen naar een consult, en dat familie en vrienden mee kunnen kijken en denken, mee kunnen doen. En mensen die (nog) niet ziek zijn in staat stellen om hun staat van gezondheid in de gaten te houden en te onderhouden. Met een zelfmanagement app, via huisbezoeken, door bewegingsmelders te installeren, door serious games te spelen, door mee te doen met activiteiten in de buurt of deel te nemen aan een lotgenotengroep, of door jaarlijks een medische check up te laten uitvoeren. Om maar enige voorbeelden te noemen.

Innovaties welke preventie ondersteunen

[VitalinQ: Social Media voor je Gezondheid, van Hille Meetsma](#)

VitalinQ wordt een tool die op basis van je huidige levenssituatie, je voorkeuren, plannen, afkomst en religie frequent informeert over je status en adviezen geeft om minder goede punten te verbeteren

[Meer preventie in het Zorgverzekeringspakket door Pooling, van Stan Gronheid.](#)

Beschrijft een aanpak om tot meer preventie te komen.

[Doorlopende monitor van de gezondheidsstatus, van Erik van Ommeren.](#)

Beschrijft hoe dankzij o.a. de verspreiding van smartphones die continue aan internet verbonden zijn, er nu een makkelijke manier ontstaat om allerhande meet-apparatuur bij mensen in huis te brengen

[“App” die de groei van kinderen in kaart brengt, van Rianne Reijs.](#) Een internettoepassing of ‘app’, waarmee ouders de groei van hun kind in kaart kunnen brengen, afgezet tegen de verwachte groei bij gezondheid.

[Pak het vitamine D-tekort aan, van Hans Koevoet.](#) Een Vitamine D-tekort tast de gezondheid van iemand aan.

[Voor Goede Zorg, zorg je samen!, VGZ coöperatie.](#) Coöperatie VGZ helpt, onder haar label IZA-cura, inwoners uit Den Haag met een lager inkomen af te vallen en gezonder te worden. Hiervoor heeft VGZ, in samenwerking met een andere verzekeraar en de gemeente Den Haag het programma Beweeg Mee! ingericht.

[Preventiekompas, van Brigitte Gabel namens NIPED.](#) Het NIPED heeft een innovatief integraal preventieprogramma ontwikkeld en de werking ervan wetenschappelijk aangetoond.



Efficiency in de zorg

De zorgsector heeft de reputatie bol te staan van verspilling. Heel veel zaken die uit publieke zorgbudgetten betaald worden, zouden overbodig zijn. Overbodige (be)handelingen, overbodige fouten, overbodige doorverwijzingen, overbodige geneesmiddelen en hulpmiddelen, overbodige inzet van apparatuur, overbodige gebouwen, overbodige administratieve werkzaamheden, overbodige databestanden, overbodig transport en vervoer, overbodige uren voor overleg en coördinatie, overbodige declaraties en vergoedingen, overbodige regels en procedures, overbodige verantwoording.

Auteur van dit hoofdstuk is Lieke Hoogerwerf

Let wel, we doelen hier niet op ethisch aanvechtbare gedachten over wat overbodige zorg zou zijn. Zoals behandeling van kanker op hoge leeftijd of het levenslange gebruik van peperdure medicijnen. Of we daar in Nederland grenzen aan moeten stellen, is wat ons betreft pas aan de orde als de efficiency aantoonbaar verbeterd is. Het gaat hier puur om zaken die, als ze weggelaten, veranderd

of vervangen worden, leiden tot betere zorg tegen lagere kosten. Al in de jaren '70 en '80 ontwikkelden Nederlandse bedrijfskundigen van de vakgroep SocioTechniek aan de TU in Eindhoven een scherpe visie op overbodigheden. Alles wat overbodig is, brengt een kans op een fout of afwijking met zich mee die hersteld moet worden. Het reageren op zo'n fout zorgt op zijn beurt ook weer voor een risico op het voortbrengen

van een afwijking. En daar moet ook weer wat aan gedaan worden. Een arbeidsorganisatie die is opgebouwd uit talloze overbodigheden zal dus logischerwijs enorm druk zijn met zich steeds verder voortplantende fouten en afwijkingen. Het vervelende is bovendien dat alle overbodige bouwstenen met elkaar in wisselwerking staan. Hierdoor stapelen alle fouten en afwijkingen zich niet alleen op maar werken ook op een onvoorspelbare manier op elkaar in. Interferentie heet dat. En alsof het nog niet genoeg is, ontstaat er strijd om voorrang in het oplossen van de zich opstapelende problemen in een poging de zaak onder controle te houden. Hierdoor wordt het oplossen ernstig belemmerd. Wie in zo'n organisatie werkt haakt innerlijk al snel af en beperkt zich tot 'met oogkleppen op blijven uitvoeren' van alles wat (kennelijk) onmisbaar lijkt te zijn.

Het alternatief is simpel: eenvoud in het proces brengen 'alles in

één keer goed doen'. In de "Lean"-filosofie en de daarop geënte verbeteraanpak is dit duidelijk uitgewerkt. In de bedrijfskunde is inmiddels een flink arsenaal aan benaderingswijzen beschikbaar. Naast "Lean" is er bijvoorbeeld OPT (optimized production technology ofwel buffermanagement), is er capaciteitssturing, is er BPR (business process redesign). Allemaal gericht op het stroomlijnen van werkprocessen. De toepassing gaat vaak gepaard met logistiek slimme keuzes (zoals een goede routing of werkplanning) of handigheden (zoals het werken met minimale voorraden). In combinatie met slimme automatisering en informatisering kan het dan heel hard gaan met het letterlijk overbodig worden van datgene wat eerder zo onmisbaar leek.

Volgens sommigen kan deze kennis niet zomaar toegepast worden in de zorg. De praktijk leert anders. In dit boek zijn hiervan diverse voorbeelden te vinden. Van buffermanagement

tot barcode, weldenkende zorg-professionals en managers weten er wel degelijk mooie resultaten mee te boeken. Voorbeelden in de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en ziekenhuizen laten bovendien zien dat cliënten en patiënten hier actief aan mee kunnen werken. Efficiency in de zorg gaat immers ook over een soepeler relatie met patiënten en cliënten. Zoals het bij VanBoeijen heet: goed leven voor cliënten, mooi werk voor medewerkers en gezonde financiën.

Wel is het zo, dat dit soort 'systeem-technische' ingrepen alleen werken als ze gedragen worden door wat we anno 2012 'sociale innovatie' noemen. Een vernieuwing in denken en doen bij de mensen die het werk doen. Dat het werk ook anders gedaan kan worden dat zorgverleners daar zelf werk van maken, veronderstelt een stevige cultuurverandering, zowel voor zorgverleners als voor managers. Daarbij zijn wel enige weerstanden te slechten. Gelukkig

laten praktijkvoorbeelden zien dat 'betere zorg' een enorm krachtige en motiverende hefboom is voor zorgverleners. Een voorbeeld van sociale innovatie in de verpleegzorg laat zelfs zien dat het uitstekend werkt om zorgverleners echt de ruimte te geven hun 'droomzorg' te realiseren. Dat vraagt een stevige ruggengraat van de manager en de bestuurder. Want helaas zijn er zoals bekend, heel wat 'perverse' mechanismen in het spel: wie duidelijk maakt en verwijderd wat overbodig is, wordt daarvoor 'beloond' met budgetkorting of personeelsreductie. De kunst is de ontstane tijd en ruimte te bestemmen voor het realiseren van innovaties waardoor nog meer zaken overbodig worden en de zorgvraag nog trefzekerder een passend antwoord krijgt. Daarmee is de cirkel rond. Maak werk van efficiency in de zorg. Maar doe dat wel zo, dat mensen er plezier in hebben en slimme en zinvolle innovaties volop de kans krijgen. Want dat is pas echt efficiënt.

De innovaties welke bijdragen aan een efficiënte zorg

Assurance Dashboard van Joris Joppe geeft met behulp van analyses een zicht op de belangrijkste risico's in het zorgproces.

Capaciteitsmanagement als sturingsinstrument van Irvin Barnard optimaliseert de fit tussen werk en menskracht op operationeel, tactisch en strategisch niveau.

Optimaliseren berichtenverkeer AWBZ van Peter Oskam beschrijft een andere wijze waarop het AWBZ-berichtenverkeer met minder foutkans en uitval kan worden ingericht.

Buffermanagement in Ziekenhuizen van Gijs Andrea beschrijft hoe in ziekenhuizen de principes van de Theory of Constraints (TOC) kunnen worden toegepast.

Kosten besparen in nieuw- en verbouw van zorgafdelingen van Jan Senhorst, Iris Hobo en Ingeborg Griffioen beschrijft een manier om met behulp van mock-ups gebruiksscenario's na te spelen en dan pas te komen tot een definitief huisvestingsontwerp.

Besparen in ziekenhuizen door gebruik van uniforme barcodes van Els van der Wilden – van Lier & Hans Lunenburg beschrijft hoe ziekenhuizen fors kunnen besparen door het scannen van gestandaardiseerde uniforme barcodes op medicatie en medische hulpmiddelen.

Innovatie van het IVF proces van Yvonne de Waard & Jan Willem Lens beschrijft het vereenvoudigen en terugdringen van de 40.000 handmatige (dubbel)checks ter identificatie van gameten, embryo's en patiënten.

Training TRI-O als instrument voor effectiever e-mail consult van Christa Nieuwboer geeft aan dat en hoe beter getrainde zorgverleners effectiever kunnen omgaan met e-mail consulten.

Waarderende benadering als methodiek voor begeleiding van teams in het ziekenhuis van Evelien Beentjes beschrijft een methodiek. De kern van de methode is dat in de vraagstelling de focus wordt verlegd van het analyseren van de problematiek naar wat wenselijk is voor de toekomst.



Verbetering van Zorg & Zorgketen

Dat het onderwerp 'zorg' een zeer belangrijk punt op de agenda is van het huidige kabinet, is een vaststaand feit. De huidige zorg wordt duurder en duurder. Het 'eigen risico' wordt verhoogd en steeds meer zorgonderdelen worden uit het basispakket weggehaald en moeten volledig betaald worden door de patiënt zelf. Op andere onderdelen binnen de zorg wordt flink bezuinigd. Transparantie in de processen is ver te zoeken en de patiënt baant zich vervolgens een weg door (zorg)bureaucratie en probeert in de tussentijd toch nog de juiste zorg op het juist moment te krijgen... Kortom het wordt tijd voor drastische veranderingen binnen de zorg om het betaalbaar te houden en terug te gaan naar de essentie namelijk; de zorg voor een patiënt ten alle tijden centraal zetten!

Auteur van dit hoofdstuk is Mijke Bleecke

Waarom is verbetering van zorg & -keten van belang?

Het kabinet hecht grote waarde aan het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid, transparantie en doelmatigheid van de zorg. Verbeteringen van zowel de zorg als de zorgketen is van belang omdat huidige tijd, veel taken en

verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit, veiligheid, transparantie en doelmatigheid nu nog te veel zijn versnipperd over verschillende instanties. Om dit efficiënter vorm te geven en om onnodige kosten en bureaucratie te voorkomen, wachtlijsten te verkorten en het 'instituut zorg' voor

de patiënt zo aangenaam mogelijk te maken, wil de overheid dat deze taken ondergebracht worden bij één organisatie. Deze speciale organisatie (Instituut) moet nieuwe initiatieven binnen de zorg stimuleren en bestaande krachten bundelen. Het belang van de patiënt komt in de activiteiten van het Instituut ten alle tijden centraal te staan met als kerntaak de kwaliteit van de zorg permanent te verbeteren. Het idee is dat de organisatie zich zal aansluiten bij het huidige College van Verzekeringen (CvZ). Het CvZ wordt vervolgens omgedoopt in het Nederlands Instituut voor de Zorg (NivZ). Het NivZ gaat bestaan uit vier secties: uitvoering verzekeringen, pakketbeheer, kwaliteitsinstituut en zorgberoepen en -opleidingen.

Hoe komt dit de kwaliteit ten goede komen voor primair de klant maar ook voor andere actoren?

Het klinkt veel belovend, een specifieke organisatie die zich gaat

bezig houden met alle activiteiten binnen de zorg maar hoe werkt dit binnen in de praktijk? Immers een nieuw Instituut binnen de zorg maakt nog niet dat de problemen als sneeuw voor de zon verdwijnen dus zoals hierboven vermeld, zullen het de nieuwe initiatieven zijn binnen de verschillende zorgketens die de zorg efficiënter, goedkoper, transparanter en kwalitatief beter moeten maken.

Wanneer we kijken naar de reeds geplande bezuinigingen, beschreven in de miljoenennota 2012, dan zien we dat specifieke zorg binnen bepaalde ketens het zwaar te verduren gaan krijgen. Zo gaat er onder meer bezuinigd worden op het verzekerde pakket. De dieetadvisering, gebruik van maagzuurremmers en begeleiding bij stoppen met roken niet langer vergoed. De beweegkuur wordt niet meer in het pakket opgenomen en de vergoeding voor logopedie wordt beperkt. De grootste klappers wil het kabinet maken met de bezuinigingen op de ggz ter waarde van 576 miljoen

euro, de pgb-maatregelen en de tariefkorting van 132 miljoen euro op de huisartsenzorg. Maar ook de medisch specialisten moeten in gaan leveren. Over de herziening van de langdurige zorg wordt al langer gesproken. De budgetten voor het PGB en zorg in natura worden vanaf 2014 samengevoegd. Echter de kwetsbaarste mensen in de samenleving moeten wel op goede zorg kunnen blijven rekenen. Ondanks al deze bezuinigingen moet de kwaliteit van de zorg de komende jaren wel verbeteren worden. Het kabinet gelooft in dat kader sterk in het opstellen van zorgstandaarden en het Zorginstituut wat vanaf januari 2013 zal starten.

Wat betekent dit met betrekking tot de betaalbaarheid en beheersing van de zorg?

Een andere belangrijke opdracht binnen de huidige zorg is het terugdringen van administratieve lasten en regeldruk. Dit kan door bijvoorbeeld richtlijnen beter op

elkaar te laten aansluiten en niet-onderscheidende indicatoren af te schaffen. Voorop staat dat aangesloten wordt bij het primaire zorgproces. De sectie zorgberoepen en -opleidingen van het NivZ gaat rapporteren aan het ministerie en het zorgveld over gewenste vernieuwingen van de opleidingen- en beroepenstructuur. Een voorbeeld daarvan zijn eventuele nieuwe verdelingen van bevoegdheden tussen bestaande en nieuwe professionals in de zorg en de consequenties daarvan voor de relevante opleidingen.

Voorbeeld hiervan is dat de eerstelijnszorg beter bereikbaar moet worden en meer verantwoordelijkheden gaat krijgen. Ook moeten meer gezondheidsproblemen in de eerste lijn worden opgelost, dus zonder onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis of specialist.

Een andere taak van het NivZ is het stimuleren van gepast gebruik in de zorg. Goede indicatiestelling,

het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie en het voorkomen van over- (of onder-) behandeling zijn onderdelen van gepast gebruik. Gepast gebruik helpt de zorg voor de toekomst betaalbaar te houden. De toepassing hiervan wordt o.a. vertaald naar de GGZ sector. Op 18 juni jl. is door minister Schippers een akkoord gesloten met zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en cliënten- en familieorganisaties over de toekomst van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De zorg wordt voortaan zo dicht mogelijk om de patiënt georganiseerd. Dit moet de stijging van de uitgaven in de GGZ aanzienlijk verminderen. Uitgangspunt is dat passende zorg op de juiste plek wordt verleend. Er vindt een omslag plaats van klinisch naar ambulant, van tweede lijn naar eerste lijn, van eerste lijn naar huisarts en van huisarts naar meer zelfmanagement. Deze omslag vindt op een voor de patiënt verantwoorde en zorgvuldige manier

plaats wat betekent dat patiënten in plaats van in klinieken veel meer thuis met de juiste behandeling en ondersteuning worden geholpen. Door deze afspraken wordt de GGZ-sector van de tijd- en geldroevende dubbele administratie verlost. De gehele tweedelijns-GGZ stapt over op prestatiebekostiging in plaats van budgetfinanciering.

Hoe spelen de innovaties in op deze ontwikkelingen?

Hoe spelen innovaties in op deze ontwikkelingen binnen de ketens zelf of deze processen te ondersteunen. Hoe spelen innovaties in op deze ontwikkelingen binnen de ontwikkelingen in de zorg en zorgketen? Jaarlijks zien we een stijging van het aantal patiënten per zorgketen. Zo is het afgelopen decennium het aantal kankerpatiënten met 36% toegenomen (Nederlandse Kankerregistratie (NKR)). Ook binnen de keten van hart en vaatziekte neemt het aantal patiënten per jaar schrikbarend hard toe. Hart en vaatziekte is doodsoorzaak nummer 1 bij vrouwen en nummer 2 bij mannen en patiënten met deze klachten

worden steeds jongeren door hun vaak ongezonde levensstijl.

En juist door de toename van het aantal patiënten per jaar is het van groot belang dat de zorg binnen de verschillende ketens beter georganiseerd gaat worden. Wanneer we kijken naar de verschillende innovaties binnen dit hoofdstuk, is duidelijk zichtbaar dat meerdere innovaties de gewenste innovatieve vernieuwingen al opleveren en aansluiten bij het idee van de overheid om de kwaliteitsverbeteringen te laten ontstaan in de ketens zelf of deze processen te ondersteunen.

De onderstaande innovaties zijn al reeds geïmplementeerd, al dan niet structureel of als pilot en zijn aantonend een (zeer grote) verbetering in het ketenproces en uiteindelijk dus ook in het totaal proces.

- [Toegevoegde waarde van een KIS in de tromboseketen](#) Auteur M.E.C. Kaag geeft uitleg over

hoe de trombosedienst samen met Portavita de 'Near-Patient Testing' (NPT) van stollingstijd in zorginstellingen hebben ontwikkeld. Hierbij wordt een deel van de tromboseketen ingericht met behulp van ons KIS, de samenwerking tussen trombosedienst en zorginstellingen.

- [Oncologische keten op de kaart](#) Auteur: Mw. M. (Marloes) Aarts MSc, organisatieadviseur bij QHC beschrijft een regionaal project waarbij samen met patiënten, zorgprofessionals en financiers een regionaal innovatienetwerk wordt ontwikkelt ten behoeve van de integrale oncologische zorg in de regio Salland en Stedendriehoek. Een innovatienetwerk waarin continue en samenhangende verbetering wordt geborgd.
- [Multidisciplinaire leergroepen oncologische \(na\)zorg](#) De innovatie van Esther van Weele richt zich op het "In gesprek met de oncologiepatiënt". De



innovatie/verandering zit naast het actuele onderwerp met name in het creëren van multidisciplinaire groepen bestaande uit zorgverleners die met oncologiepatiënten werken.

- [De patientencoach](#) Auteur Stichting Tinkerbelle legt uit hoe een Tinkerbelle patiëntencoach een mens begeleidt in zijn rol als patiënt en zonodig diens naasten bij afspraken met medisch specialisten (tweede lijnszorg).
- [“Houd de naaste vast”](#) Auteurs: Hetti Willemse, Tineke van den Klinkenberg, Sanne Rotmeijer en Femke van der Valk. Het traject ‘Houd de Naaste Vast’ geeft op praktische wijze handen en voeten aan het betrekken van naasten bij de zorg voor hun dierbare binnen de (on)mogelijkheden van de institutionele zorginstelling.
- [Belevingsgerichte Zorg](#) Auteur Rob Boer, Wiesel Consultancy. Belevingsgerichte zorg is een aanpak o.a. gericht op het reflecteren op eigen gedrag van

medewerker en team en vervolgens op het gedrag van betreffende cliënt en is samengesteld uit elementen van fysiotherapie, haptotherapie en senso motore integratie.

- [‘De Wijkzuster Terug’](#) Geschreven door Jose van Dorst en Kees Nouws – Zorgburo Stip, is een eerste stap in een ontwikkeling die meer werkruimte aan de zorgverlener en de klant biedt en zorgondernemingen laat nadenken over hun bestaansrecht.
- [Thuis Voelen gevoel door Zorgvisite.nl](#) Auteur: Publicarea (copyrights 2012). Doel van de website is een inhoudelijke database te bieden aan praktische voorbeelden en concrete tips om de condities te creëren voor het Thuis Voelen gevoel in verpleeg- en verzorgingshuizen
- [Alternatief voor traditioneel zwachtelen](#) Allertzorg is 2011 een project gestart dat tot doel heeft de behandeling van cliënten die een open been hebben korter

en minder kostbaar te maken en daardoor het welzijn van de cliënt te verhogen. Het artikel is geschreven door Marja Krans-Hofland, Allertzorg Thuiszorg regiodirecteur Zeeland.

- [Rust en muziek als anesthesiologisch middel Een “zachte” kant binnen harde geneeskunde](#) geeft aan dat het inzetten van muziek maar ook het creëren van rust in aanvang voor een operatie positieve effecten hebben op de patiënt. Auteur dr. G.J. Noordergraaf & P. van Dun.
- [Screeningstool als instrument in de GGZ](#) Auteur: Mirthe van de Belt – Mirro. Stichting mirro is een gezamenlijk initiatief van vier GGZ instellingen en een verzekeraar om te bevorderen dat binnen de geestelijke gezondheidszorg de juiste zorg op de juiste plek wordt geleverd. Het artikel geeft uitleg hoe dit gerealiseerd wordt aan de hand van een screeningstool.
- [Ontschotting in de praktijk](#) Auteur: Gerrie van Zetten

– Pluryn Hoenderloogroep. Beschrijft in dit artikel het gecombineerd en in samenhang aanbieden van jeugdzorg en GGZ wat kwaliteit verhogend is voor de jongeren. Specifieke problematiek, vaak onderliggend aan gedragsproblemen, kunnen onderkend en behandeld worden.

- [Concentratie en Spreiding van Zorg: Makkelijke gezegd, goed gedaan!](#) Auteur: Martijn Bakkers – Medischegegevens.nl beschrijft waarom concentratie en spreiding van de zorg belangrijk is. Het volume aan behandelingen is voldoende groot en daarom vanuit kwaliteitsoogpunt een goede zaak. Om de basiszorg zo dicht mogelijk bij de patiënt te kunnen leveren is Spreiding van belang.
- [Zorgstandaard voor COPD](#) Auteur: Annemarie Trompert. In dit artikel wordt beschreven waarom het belangrijk is dat er gestreefd wordt naar ‘zorg op maat’ voor COPD patiënten. De integrale gezondheidstoestand is als leidend

uitgangspunt gekozen waarbij de ziektelast de basis vormt voor het behandelplan.

De bovenstaande initiatieven zorgen voor 'grote' en 'kleine' verbeteringen binnen de zorg en of zorgketen. En hoe groot of klein de verbetering ook is, een verbetering is een verbetering en daar hebben we er veel meer van nodig willen we de Nederlandse zorg met zijn allen radicaal kunnen veranderen.

Naast de bovenstaande geïmplementeerde innovaties zijn er nog een reeks aan innovaties die zeer zeker een positieve bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de zorg. Innovaties die stimulering van de ontwikkeling van professionele standaarden en richtlijnen ondersteunen, die gepast gebruik helpt de zorg in de toekomst nog betaalbaar te houden en die onnodig kosten en bureaucratie kunnen voorkomen. Deze innovatieve initiatieven zijn:

■ [Hoe het 'psycho-shoppen' gestopt](#)

[kan worden geschreven](#) door Mijke Bleecke & Petra Jansen, richt zich niet alleen op de cliënt en zijn of haar problematiek maar juist ook hoe vastgestelde processen binnen de GGZ versneld/ verbeterd kunnen worden waardoor wachtlijsten verkort kunnen worden en kostenbesparingen het gevolg zijn.

■ [Verhogen van patiëntveiligheid door traceerbaarheid](#) In dit artikel van Els van der Wilden – van Lier staat de patiënt veiligheid centraal door de traceerbaarheid van medische producten optimaal te maken.

■ [Eigen Zaak voor Zorg](#) geschreven door Paul van den Biggelaar laat de patiënt zelf de regie nemen over zijn eigen zorg en het proces erom heen. De patiënt bepaald.

■ [Digitaal gedragsinterventieplan. Meten is weten!](#) Dit artikel beschrijft een digitaal gedragsinterventieplan (Digigip)

hetgeen software is om trajecten van cliënten meetbaar te ondersteunen. Hierdoor ontstaat er veel meer inzicht in het gedrag van de cliënt. Auteur: Antonie Boom – Digigip.

■ [Kies zelf je huisgenoten, vg 4 cliënten in 1 huis!](#) Beschrijft hoe mensen met een verstandelijke beperking zelf een jaar mogen ervaren met welke huisgenoot ze willen samenwonen. Geschreven door Marijke Zaal.

■ [De Acute Opname Afdeling: kwaliteitsverhoging én kostenreductie!](#) In dit artikel geeft auteur Jan Landman uitleg over hoe een Acute Opname Afdeling (AOA) leidt tot zowel kwaliteitsverbetering (betere zorg, sneller naar huis) als tot kostenreductie (betere benutting van de beschikbare bedden of zelfs beddenreductie).

■ [Kennis over diagnostiek delen](#)

Auteur Roel Lakmaker – Promedas beschrijft in dit artikel de community aan medisch experts leveren die hun kennis over "hun" diagnostiek te delen en open staan voor kennis van andere specialisten om tot de beste patiëntenzorg te komen.

■ ["App" ter voorkoming medicatiefouten in het ziekenhuis](#) De innovatie van Ad van Dooren beschrijft een app (de 'PharmApp-4-Nursing', een prijswinnend concept) op een tablet die bevestigd wordt aan de medicijnkar op de afdeling van een ziekenhuis. Hierdoor kan de uitdelende verpleegster snel handboeken en andere medicatie gerelateerde informatie checken en doseringen uitrekenen wat zal bijdragen tot tijdwinst en verminderingen van fouten.

■ [RealTime medisch magazine in 1 app](#) Rob Koenraads beschrijft de werking van de app MedZine

wat content, welke is verspreid over de wereld, samenvat in een platform. De medische professional kan kiezen uit meer dan 45 specialisaties en deelgebieden op het gebied van wetenschappelijke journals, societies en andere prominente websites bladeren.

- Dementiewoning: co-creatie van de technische installatiebranche en de zorgkolom Auteurs Joost van Hoof, Wim Bastein en Marco Blom geven uitleg over de dementiewoning van Technologie Thuis Nu, een driedimensionale ervaring van een mogelijke woning voor mensen met dementie die op basis van wetenschappelijke evidentie tot stand is gekomen.
- Multidisciplinair Oncologie Netwerk Geschreven door Heleen Burghout Muon legt uit hoe de zorg rondom oncologie georganiseerd is en 3 specifieke richtlijnen helderheid moeten scheppen in de materie.



Draadstaal 2





Hack de zorg

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Steven Hanekroot en Bob Mulder

Hack de zorg! gaat in op het systeem van de zorg en de problemen die dit oplevert voor innovatie en mogelijke oplossingen.

Allereerst geven we een analyse over twee typen problemen:

1. Systeemproblemen van de zorg
2. Praktische problemen die vaak optreden bij innovatie en opschaling van innovatie in de zorg.

Vervolgens een kort overzicht van de ingediende innovaties van het zorgsysteem.

De volledige versie van deze tekst met extra voorbeelden en argumenten kunt u [hier](#) vinden. In de volledige versie vindt u ook een praktijkvoorbeeld rondom een

effectieve innovatie voor het aan- en uitrekken van steunkousen, . Deze casus demonstreert hoe een oplossing wel op macroniveau rendeert, maar voor een deel van de ketenpartijen niet en daardoor onvoldoende prikkels krijgt om breed ingevoerd te worden.

U kunt zelf ook het systeem helpen opvoeden: lees [de gemakkelijke blog 'hack de zorg'](#) van huisarts Erik Jansen op [Tedx Maastricht](#).

Systeemp Problemen en zorginnovatie

1. Het besturingsmodel van de zorg is complex en versnipperd. De feitelijke besturing vindt plaats door tariefafspraken, productieplafonds en af en toe door direct ingrijpen van de minister. Daarnaast zijn de rollen en verantwoordelijkheden verdeeld over een veelheid van partijen; oa VWS, Artsen en specialisten, zorgverzekeraars, gemeentes, zorgkantoren, NZa en CVZ

Veel partijen dus met elk hun deelverantwoordelijkheid. Helaas is er geen enkele partij die verantwoordelijk is voor het totaal, die regie voert, doelen stelt en verantwoording aflegt over behaalde resultaten. De ketenpartijen streven naar innovatie binnen hun positie, maar hun positie is beperkt in blikveld, expertise, belang en daadkracht. Het effect is dat er vooral op macrobudget wordt gestuurd,

terwijl individuele partijen alleen invloed hebben op hun eigen microbudget. Zodoende komt er weinig terecht van innovatie en efficiencyverbetering. Omdat niemand deze uitdagingen in de zorg in z'n eentje veroorzaakt, is niemand verantwoordelijk voor oplossingen.

Het hebben van één verantwoordelijke partij is daarom nodig. Een partij die de overkoepelende regie in handen heeft en voldoende tijd en stabiliteit kan nemen om innovatie de kans te geven. Die verantwoordelijk is voor het formuleren van doel en focus, het stellen van prioriteiten en het in beweging krijgen van het zorgveld.

2. De belangen van de zorgconsument worden nauwelijks behartigd en er is onvoldoende inzicht in kosten en kwaliteit. De volgende drie aspecten verhinderen de zorgconsument om bij te dragen aan alternatieve oplossingen:

- **Er is nog geen krachtige onafhankelijke vertegenwoordiging van patiënt en premiebetaler**, die de belangen van deze groep en hun mantelzorgers en familie behartigt. Momenteel is de zorg vooral een spel tussen overheid, zorgverzekeraar en zorgverlener, waarbij de belangrijkste belanghebbenden, de zorgconsument en de premiebetaler, onvoldoende betrokken zijn.
- **Transparantie en inzicht in de werkelijke kosten ontbreken.** Het zou goed zijn als iedere burger een eigen inzicht krijgt in de geleverde zorg en het bijbehorende prijskaartje. Dat geeft een betere controle op onjuiste declaraties, zeker als de zorgverzekeraars er zichtbaar werk van maken om meldingen hierover op te volgen. Het geeft meer prikkels om na te denken (waren die drie dezelfde foto's voor verschillende artsen nou echt nodig?) en het geeft de kans

om mee te denken wat men zelf kan doen om de kosten te verminderen. Daarnaast kunnen zorgaanbieders. Met deze gegevens onderling de kostenbeter vergelijken en van elkaar leren.

- **De zorg lijkt 'gratis', omdat het al betaald is, waardoor een rem op zorgvraag ontbreekt.** De burger ervaart de zorg vaak als 'gratis', zolang er geen directe out-of-pocket kosten mee gemoeid zijn. De zorgverlener heeft ook meerdere redenen om niet snel nee te zeggen tegen een onnodige zorgvraag. Daardoor is er onvoldoende rem op zorgvraag en -aanbod.
3. Er is ruimte, discussie en bewustwording over een andere kijk op zorg nodig.
- **Te veel zorg, afzondering en rust ondermijnen de vitaliteit en gezondheid van ouderen.** Onze maatschappij beschouwt ouderen te snel en te vaak als zielig, incapabel en zorgbehoevend. Ze worden daarbij vaak uit het

arbeidsproces gedwongen, zelfs bij vrijwilligerswerk. De Blue-zone onderzoeken wijzen uit, dat in gebieden waar mensen gemiddeld 90 jaar oud en langer gezond worden, zij gewoon vitaal en actief door blijven leven en werken én een hoger welzijn ervaren. [Zie Dan Buettner: “Hoe we meer dan 100 jaar oud kunnen worden”](#) waarbij een chirurg in blakende gezondheid op zijn 97e nog 20 hartoperaties per maand uitvoert en 100 jarigen een geweldig en actief leven leiden. Door zorg niet alleen te richten op het fysieke en medische aspect, maar ook op het herstel van vitaliteit, is er enorm veel te winnen in kwaliteit van leven en betaalbaarheid. Zie verder het stuk over de zorg in 2025.

■ **Het is vaak verleidelijk voor zorgverleners om ouderen te veel zorg te geven.**

Zorgverleners willen mensen helpen en gelukkig maken. Zij schieten daarbij weleens door in het meer zorg leveren dan nodig

is. Het is vaak een stuk sneller en bevredigender om iemand even snel te wassen, dan om iemand geduldig te helpen zichzelf te wassen. Er is inspanning en begrip nodig bij zowel cliënt als zorgverlener om vitaliteit, zelfredzaamheid en “Use it or Lose it” (Humanitas) ondersteunende zorg toe te passen.

■ **Top down sturing – command and control werken niet.** De zorgverlener samen met de cliënt zijn de enigen die in de praktijk zien wat er op een gegeven moment nodig is aan zorg. Daarom moet dit inzicht de kern zijn van de zorgverlening. Buurtzorg, kleinschalige zorg en vele andere soortgelijke initiatieven laten volop zien dat het werkt.

■ **De verbinding tussen wetenschap en de zachte kanten van de zorg is zwak.** De huidige stand van met name sociale wetenschappen biedt een enorme rijkdom aan inzichten en bewijzen op dit gebied die nog nauwelijks

worden toegepast. Nieuwe projecten zoals bij [het Spectrum](#) en Humanitas laten zien dat het anders en beter kan.

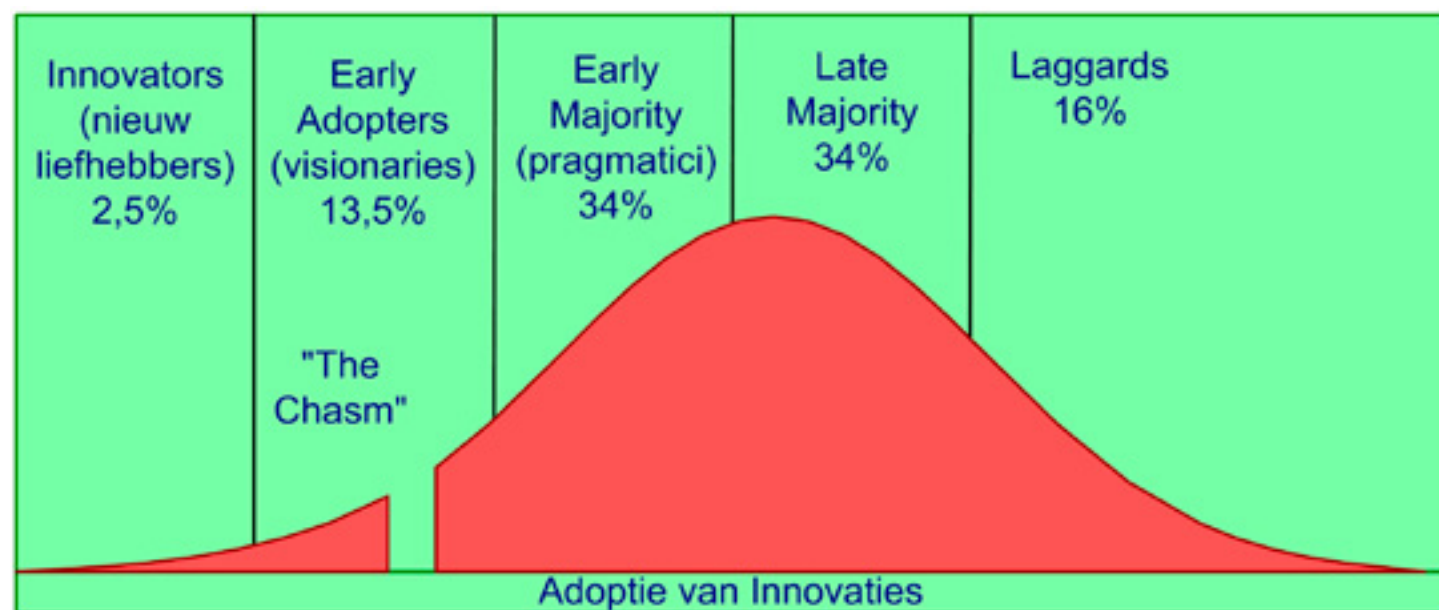
■ **Veel vernieuwing loopt vast op de emotie, de aandacht en liefde rond het zorgproces.** Het werk van een zorgverlener is meer dan een instrumentele reeks activiteiten, het is ook ontroerend veelaandacht en liefde voor de zieke medemens. Aandacht voor vitaliteit en zelfredzaamheid en andere manieren om aandacht, er bij horen, liefde en plezier van cliënten en zorgverleners is een essentieel aspect voor succesvol innoveren in de zorg.

■ **De maatschappelijke discussie over zorg wordt vaak overheerst door emotie en incidenten.** Ook bij de politiek is de discussie vol emotie. Iedereen heeft wel ouders of geliefden die afhankelijk zijn van zorg. Efficiencydiscussies worden snel gedirigeerd naar minder zorg. Het hoeft echter niet minder, want het kan beter en effectiever.

Zo is zorg voor zelfredzaamheid niet minder zorg, maar andere zorg. Voor elke situatie is er wel een voorbeeld te vinden waarin een oplossing averechts werkt en een incident kan ontstaan. Zo denken we in problemen, in plaats van oplossingen. Maken we verandering te moeilijk en sluiten ons af voor alternatieven.

Operationele problemen voor zorginnovatie

4. In de vijf innovatielevels uit het ‘Innovatiematuritymodel’, van Concept tot en met Brede Implementatie (zie het innovatiematuritymodel) zien we dat binnen de zorg de eerste drie levels prima lopen: onderzoek, concepten, trials, prototypes en pilotprojecten. Die fasen zijn beheersbaar en relatief goedkoop. Maar om structureel wat op te leveren moeten ook levels 4 en 5, evidence en brede implementatie; de adoptie van de innovatie, meegenomen worden



in de ondersteuning. Anders kost innoveren uiteindelijk alleen maar geld en levert het weinig op.

De investeringen gaan pas renderen als een zo groot mogelijk deel van de patiëntengroep er baat van krijgt. De kosten voor ondersteuning van implementatie per innovatie nemen weliswaar toe, maar doordat alleen de beste innovaties hierbij ondersteund worden, kunnen de totale kosten vergelijkbaar blijven, terwijl de baten enorm toenemen.

Ondersteuning voor opschaling is nodig totdat een bepaalde kritische massa is bereikt. Een autonoom diffusieproces komt daarna op gang als de innovatie voorbij de innovatiekloof, de chasm, gebracht wordt. Zie de grafiek van Prof. Everett Rogers (Diffusion of Innovations, 1962) en Geoffrey Moore (Crossing the Chasm, 1991).

5. Innovatieproblemen bij zorgaanbieders; zonder innovatie is het al lastig genoeg.

■ **Gebrekkige informatie over**

innovaties en processen in de zorg, verbergen de effecten van innovaties.

Informatie over de activiteiten, duur, frequenties en bijzonderheden van processen in de zorg wordt zelden transparant vastgelegd. Het is daardoor lastig om te weten welke processen op welke punten verbeterd kunnen worden, om geschikte innovaties te selecteren, om vast te stellen wat de effecten van een innovatie zijn en om deze verder te optimaliseren.

- **Gebrekkige informatie over innovaties zelf maken het moeilijk om innovaties evalueren, te selecteren en te implementeren.** Er is geen betrouwbaar overzicht in bestaande innovaties en hun kwaliteiten. De antwoorden op de volgende kernvragen ontbreken: wat is het relevante aanbod, wat zijn de investeringen, wat levert het ongeveer op, welke beslispunten zijn er, wat past bij de organisatie en wie kan vragen beantwoorden

en ons helpen? Daardoor is het lastig voor zowel bestuur als zorgmedewerkers om te bepalen welke innovaties bij kunnen dragen aan hun werk, missie en organisatie.

■ **Het not invented here syndroom.**

Zelf creatief en scheppend bezig zijn is inspirerender en eenvoudiger, dan het bijhouden van de wirwar aan zorginnovatiebronnen zoals websites en vakliteratuur. Om innovaties van anderen in te zetten is vooral dat laatste nodig. Betere informatie en co-creatie kan hier handig op inspelen.

- **Door de budgetsturing en prikkels ontbreekt een sense of urgency.** Niet innoveren doet een zorgorganisatie nauwelijks pijn. Wel innoveren en daardoor soms dure fouten maken, doet wel pijn. Zorgorganisaties sturen op continuïteit. Hiervoor is het vooral nodig om te voldoen aan wet en regelgeving, aan de eisen van de financiers en om te zorgen dat

de cliënten blijven komen. Winst speelt nauwelijks een rol. Geen fouten maken wel. Zorginstellingen hebben daardoor vaak een afwachtende houding rond zorginnovatie.

- **Doe niets, dan doe je ook niets fout.** Aandacht voor fouten is in de zorg een terecht punt, omdat deze grote consequenties kunnen hebben. Het nemen van risico's wordt echter nauwelijks beloond, terwijl gemaakte fouten hard worden aangerekend. Om te innoveren is juist een cultuur nodig waar fouten maken er bij hoort. Maar men weet vaak niet hoe consequenties van fouten klein en verantwoord te houden zijn. Zorgverleners zijn getraind om in problemen te denken en deze snel op te sporen en te vermijden. Innovatie vereist het denken in kansen.
- **Een zorgaanbieder moet een renderend bedrijf zijn.** En een onderneming werkt binnen het systeem en volgt

het geld. Intransparantie en oncontroleerbaarheid zorgen dat er meer en creatiever gedeclareerd kan worden. Zorgaanbieders worden betaald op volume, waardoor zij vaak een soort kale assemblagelijnen zijn geworden, waarbij innovatie en R&D onvoldoende lonen voor de organisatie zelf.

- **Perverse prikkels: minder inkomsten en minder werk door mee te werken aan innovatie.** Budgetsturing betekent dat efficiënter werken meestal leidt tot korting op de inkomsten. Vaak liggen de baten van een innovatie bij een andere partij dan de kosten en inspanningen. Zo kosten wachttijden bij behandeling van werkende mensen de maatschappij veel geld en productiviteit. Het is lastig dit op te lossen, omdat de kosten en baten bij verschillende verzekeraars en werkgever liggen. Een zorgorganisatie die een mooie tijdsbesparende oplossing, vindt zal vaak uiteindelijk gekort worden

op de inkomsten. Een innoverende zorgverlener raakt dikwijls snel collega's en uren kwijt. Welke prikkels geeft dit om slimmer te werken?

6. Landelijke problemen rond innovaties zijn expertise en uitvoering van opschaling buiten de organisatie
- **Uitvinder en pilotomgeving hebben geen direct belang bij landelijke opschaling.** Bij de innoverende zorgorganisatie ontbreken budgetten, know how, interesse en verantwoordelijkheid om deze succesvol over de eigen grenzen uit te rollen. Hun taak is vooral de eigen dienstverlening te verbeteren.
 - **De benodigde specialistische kennis en kunde om succesvol te innoveren ontbreekt vaak.** Innoveren heeft veel verschillende disciplines nodig, en is daarnaast zelf ook een discipline. Bij een gemiddelde zorgorganisatie zijn

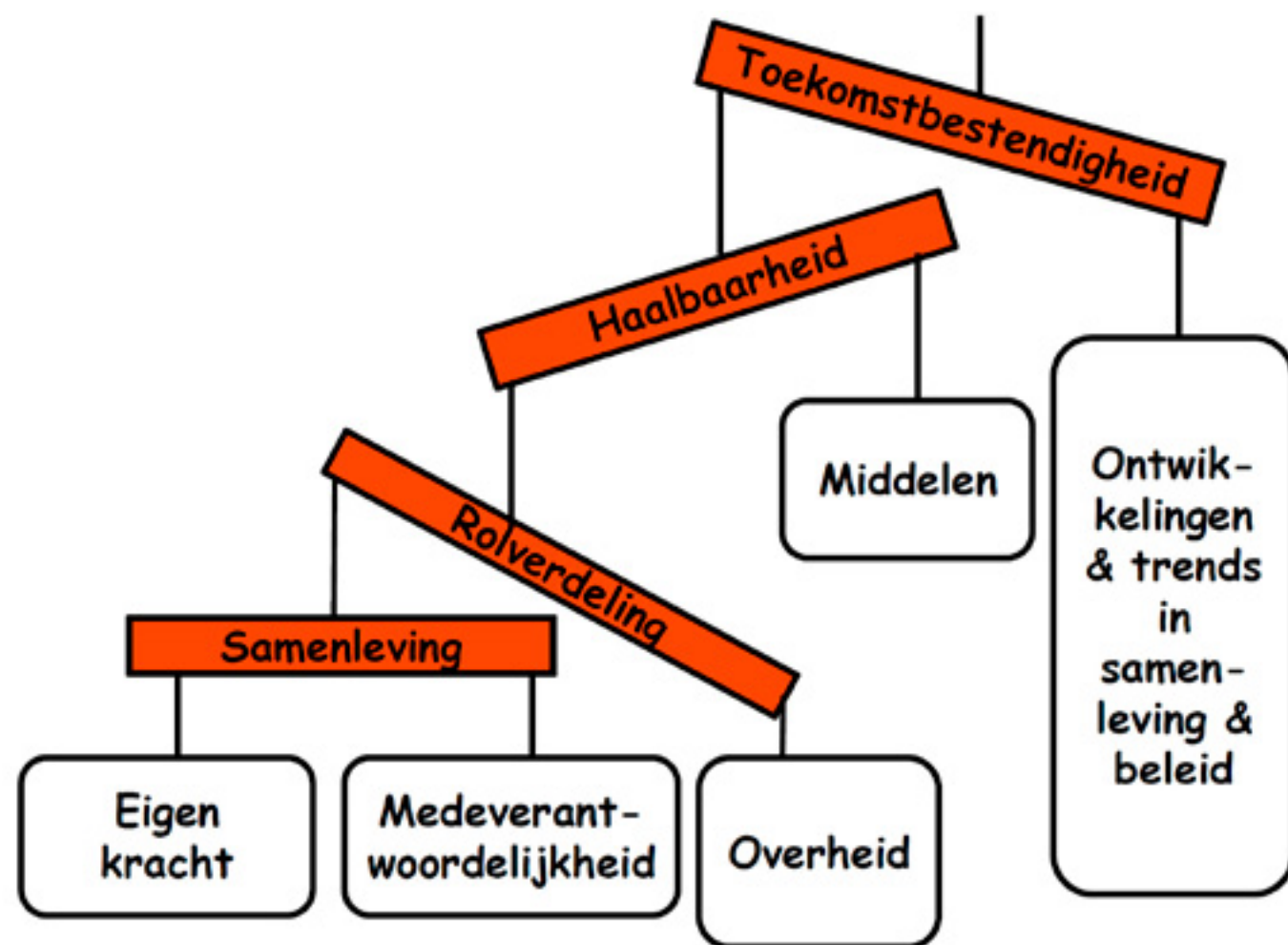
deze niet of deels aanwezig. De mogelijkheid om externe partijen in te zetten voor begeleiden en ondersteunen is nodig.

- **Het vinden van een partij die de opschaling van een innovatie behartigt: Co-creatie in de regio!** Wie gaat er voor zorgen dat de belangen van de Nederlandse samenleving en zorgvragers gediend worden door het verder uitrollen van innovaties? Kandidaten zijn:
 - Een commerciële partij.
 - De overheid..
 - De zorgverzekeraar/zorgkantoor.

Co-creatie in een regio?

Wij van het co-creatieboek adviseren natuurlijk co-creatie! In de praktijk biedt een regionale aanpak de beste kansen om tot succesvolle opschaling te komen voorbij de chasm.

Een uitgebreidere versie van deze tekst met extra voorbeelden en argumenten kunt u vinden op www.zorginnovatieboek.nl.



Twaalf systeeminnovaties geven nieuwe mogelijkheden voor een betere, innovatieve zorg

Het is natuurlijk al heel handig als innovators de valkuilen kennen en omzeilen. Maar het zijn er wel erg veel en soms zijn ze niet te vermijden. Om de rocky road naar zorginnovatiesucces begaanbaarder te

maken presenteren wij u 12 boeiende innovaties, met vele originele inzichten en oplossingen.

Onderstaand een korte kenschets per innovatie, zodat u snel de voor u interessante innovaties verder kunt bestuderen door op de links te klikken en naar de beschrijvingen op zorginnovatieboek.nl te gaan.

Een **nieuwe zorgverzekering ondersteunt haar verzekerden met hun gezondheid** via een zelfzorgportaal, waar ook hun dossiers, lotgenoten en professionele ondersteuning te vinden zijn.

Herinrichting van de Zorgketen met de zorgconsument aan het stuur zorgt via **Health Social Media**, een koppeling van social media als Facebook aan het Elektronisch dossier, dat betrokkenen de anamnese en progressie van hun ziekte kunnen volgen en regisseren.

Van zorginstelling naar zorgonderneming is een concept voor een 'EchtMensCentraalCentrum', waarbij via **social media** nieuwe verbanden worden gelegd **tussen zorgvragers en zorgverleners**.

Participatie als vliegwiel voor duurzame zorg geeft met de 'duurzame zorg scan' een methode om vanuit participatie en een coachende houding, innovatie

te leiden tot betere kwaliteit, betaalbaarheid en duurzaamheid van de zorg.

'Economie van de Zorg' betoogt dat grensoverschrijdende zorgnetwerken de samenwerking **tussen technici en medici** rond kennismanagement en product vernieuwing tot bloei zullen brengen.

KRIMP? MIJ EEN ZORG! Geeft een rijk en genuanceerd beeld hoe zorg herschikt kan worden om **krimpgebieden goed te bedienen middels bundeling in gezondheidscentra en regioziekenhuizen**.

Van statistiek en procedures weer mensen maken pleit voor het verbeteren van de voor genezing zo belangrijke **zorgrelatie**, door naast de know-how die op orde is, meer te **investeren in aandacht, tijd en wederzijds begrip**.

Koers zetten op een hoger plan maakt gebruik van de hiernaast geschetste **mobiel om tot een evenwichtiger samenspel van krachten in de zorg te komen**, waarbij meer gewicht nodig is rond eigenkracht en – verantwoordelijkheid om uiteindelijk een een toekomstbestendige zorg te krijgen.

Door dwingende regioafspraken met het perspectief van de zorgvrager centraal te stellen kan de zorg beter worden afgestemd op de beperkingen van het budget enerzijds en de afgewogen zorgvragen van de burgers anderzijds.

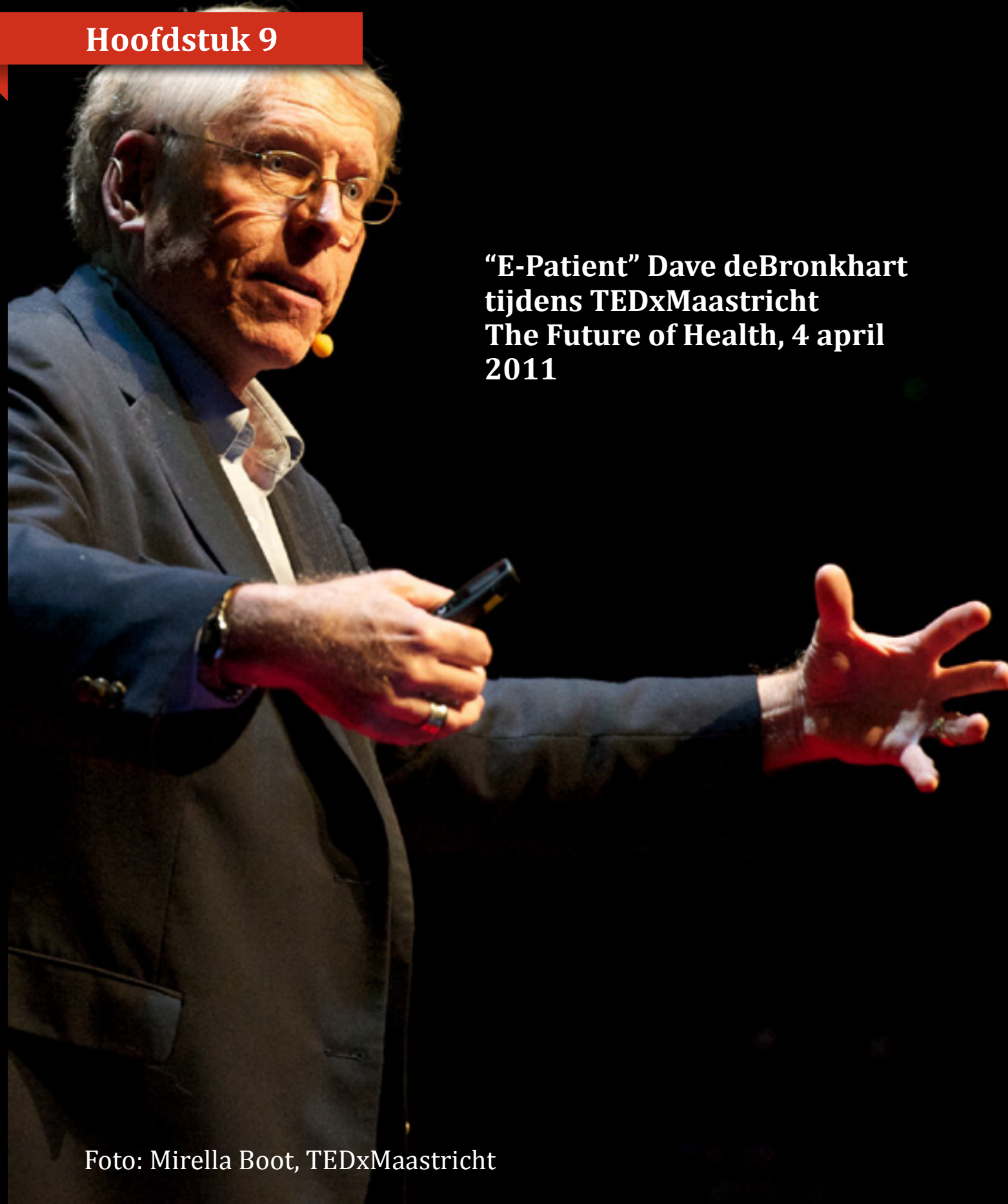
Grensoverstijgend handelen en denken in de zorg is nodig om dat veel gezondheidssituaties zich niets van grenzen aantrekken; denk bijvoorbeeld aan resistentie tegen antibiotica in ziekenhuizen en onverstandig gebruik van antibiotica in de bioindustrie.

Netwerksamenwerking in de zorg waarbij via ‘programmatische samenwerking’ mensen en mogelijkheden met elkaar verbonden worden zorgt voor nieuwe combinaties en zorgoplossingen

Cliëntvolgend ontschotten van complexe zorg: via het ‘**Mozaik**’ systeem kan **elke zorgvraag direct geleverd** worden via een zorgtraject bij een geschikte zorgaanbieder en worden alle zaken financieel geregeld.

Het kan anders en beter is een verassend **pleidooi om vanuit de kracht van de pharma** in onderzoek, logistiek en bedrijfsmatig werken **patientenservice-gerichte ketens te organiseren** met een geïntegreerd zorgtraject, zonder de traditionele schotten en inefficiëntie. Meerdere initiatieven voor zorgvragen als MS, IVF, migraine en reuma laten zien dat het ontroerend goed kan werken.

Hoofdstuk 9



“E-Patient” Dave deBronkhard tijdens TEDxMaastricht The Future of Health, 4 april 2011

Foto: Mirella Boot, TEDxMaastricht

Let Patients Help

De grote zaal van het theater aan het Vrijthof zat bomvol en toch kon je een speld horen vallen toen Dave deBronkhard zijn zeer persoonlijke verhaal hield. Als al opgegeven nierkankerpatiënt leerde hij via Twitter, door advies van andere patiënten, dat er voor zijn kankersoort een nieuwe behandelvorm bestond en bij welke artsen hij zich kon melden. Bij Dave sloeg deze behandeling aan en het redde zijn leven. Zijn behandelend arts stond perplex, verdiepte zich in de behandeling en past deze sindsdien toe. Als Dave naar zijn arts had geluisterd, was hij nu dood geweest.

De auteur van dit hoofdstuk is Remco Hoogendijk

Na deze ervaring is Dave zich gaan toeleggen op het uitdragen van zijn ervaring: Laat patiënten meehelpen bij de behandeling van hun eigen ziekte. LET PATIENTS HELP!!

Hoe komt het dat we het ziek zijn en beter worden hebben uitbesteed aan super specialisten en dan haast vergeten dat het om onszelf gaat? En hoe komt het dat dokters in hun ijver om zo goed mogelijk te behandelen

af en toe vergeten te vragen wat de patiënt nu zelf vindt of wil?

Dit hoofdstuk onderzoekt of en vooral hoe de patiënt een rol kan spelen bij het verbeteren van de zorg. Welke kansen liggen er en welke projecten worden al rondom dit thema uitgevoerd?

De patiënt niet centraal, maar partner in het team

De zorgvariant van de klant centraal stellen, is de patiënt centraal stellen. In mooie woorden zie je het staan in jaarverslagen en op websites van ziekenhuizen en zorginstellingen. Helaas komt er in de praktijk vaak weinig van terecht. We spreken vooral óver de patiënt, maar niet mét de patiënt. Erger nog zijn uitspraken als: de patiënt in de “*driver’s seat*”, of de patiënt als regisseur. In veel gevallen is dat praktisch al onmogelijk. We moeten de zaak niet omdraaien, iemand die ziek is, is vaak fysiek en emotioneel niet in staat om zijn eigen ziek zijn te “managen”.

Zou het niet logisch zijn als we de patiënt, de artsen, de verpleging en de mantel van de patiënt beter zouden kunnen betrekken bij de behandeling door ze partner te laten worden in het team? Deze democratisering van de zorg doet recht aan het eigenaarschap van de ziekte. Prof. Jan Kremer heeft dit ondermeer betoogd in zijn video

uitspraak in 2006: “*Geef de patiënt zijn ziekte terug!*” Het voorbeeld van Dave bewijst dat in sommige gevallen patiënten ook met oplossingen en inzichten kunnen komen die het behandelproces verbeteren en de kennis van de zorgprofessional vergroten. Laten we de kennis van patiënten benutten.

Geef de patiënt zijn gegevens terug

De technische mogelijkheden om actief te participeren voor de patiënt zijn vandaag de dag groter dan ooit te voren. Met name Internet biedt een enorme bron aan informatie en kennis. Toch schuilt er in toegang tot informatie een gevaar, immers niet alle informatie is even betrouwbaar en soms zelfs tegenstrijdig. Gelukkig zijn er initiatieven om gezondheidsinformatie kwalitatief op peil te houden. Het initiatief www.zegelgezond.nl bijvoorbeeld; binnen dit breed gedragen initiatief worden inmiddels al ruim 30 websites beoordeeld op hun inhoud door zowel

vakexperts als publieksexperts. Naast de algemene informatie is de patiënt vanzelfsprekend vooral geïnteresseerd in zijn eigen gegevens. Laten we de patiënt om te beginnen gewoon toegang geven tot zijn eigen gegevens. Stel de patiënt krijgt de ruwe data gewoon onder ogen: de labwaarden, de meetgegevens, de foto’s: allemaal puur en zonder toelichting. Nu we toch bezig zijn: waarom niet toegang tot alle correspondentie tussen de betreffende behandelaars? Dit geeft de patiënt vooral duidelijkheid waar hij aan toe is en vergroot het vertrouwen in de behandelaars. De patiënt doet gewoon mee.

In Den Haag zijn ze het gewoon gaan doen in het initiatief “Medischegegevens.nl” www.medischegegevens.nl Naast apotheken, fysiotherapeuten en huisartsen doen er inmiddels doen al 4 ziekenhuizen mee en zijn 15.000 patiënten aangesloten. De eerste resultaten zijn boven verwachting. Door de vooraf verkregen informatie

kunnen de patiënten zich beter voorbereiden op het gesprek met hun arts, dat ervaren zij als zeer prettig.

Durf eens te luisteren naar een patiënt

Naast de medisch klinische kant van een ziekte, biedt Internet ook een enorme schat aan informatie over de sociale-emotionele kant van ziek zijn. Wat doet het met je als je ziek wordt? Meer dan 20.000 mensen in Nederland delen hun ervaringen in blogs en op websites. Lees bijvoorbeeld het verhaal van Ragna van den Berg over haar leven met Niet Aangeboren Hersenletsel www.ragnaja.nl.

Lees het verhaal van Gaston Boon op www.komteenkleinmeisjebijdedokter.nl over de ziekte van zijn dochtertje Emilie en je krijgt een beeld wat ziekte voor een gezin betekent. Het Radboud REshape & Innovation Center stelde een CLO aan: een “Chief Listening Officer”, of in het Nederlands: een Klantenluisteraar. Door zonder



www.komteenkleinmeisjebijdedokter.nl

oordeel echt te luisteren naar de patiënt, komt waardevolle informatie boven die het zorgproces enorm kan verbeteren.

Vraag eens welk onderzoek de patiënt belangrijk vindt

De beter geïnformeerde patiënt die een grotere rol speelt in zijn eigen behandelproces krijgt vanzelf een grotere eigen verantwoordelijkheid. Tegelijk verandert de rol van de zorgprofessional van autocraat naar coach. De relatie tussen behandelaar en patiënt komt meer in evenwicht en dit is voor beiden prettig.

We zouden de patiënt ook beter kunnen betrekken bij wat voor soort onderzoek gedaan zou moeten worden. Zo woedde er met name op Twitter een felle strijd tussen patiënten (voor- en tegenstanders) van onderzoek naar en projecten van Pink Ribbon op het gebied van de sociale en emotionele gevolgen van borstkanker. Tegenstanders betoogden dat alle beschikbare

middelen ingezet zouden moeten worden voor fundamenteel onderzoek naar oorzaak en bestrijding van borstkanker. Terwijl anderen betoogden dat de overlevers van borstkanker juist enorm geholpen zijn met deze projecten. De discussie toont met name aan dat patiënten wel degelijk een mening hebben en betrokken willen worden bij de beslissing welk type onderzoek wordt gedaan.

Moderne financieringsvormen zoals crowdfunding stellen patiënten rechtstreeks in staat om mee te betalen en dus ook mee te bepalen welke onderwerpen worden onderzocht en hoe het onderzoek wordt opgezet. Dit vergroot de kans op de toepasbaarheid van het onderzoek.

Vier dingen die we vandaag kunnen doen om patiënten meer te betrekken bij zorginnovatie

1. Door de patiënt (en overigens ook zijn persoonlijke netwerk)

partner te maken in het proces van ziek zijn en beter worden en hem te betrekken bij de keuzes en dilemma's die daarbij ontstaan, wordt een enorme geïnspireerde kennisbron ontsloten. Het onbenut laten van deze bron is bijna onethisch;

2. Het is wenselijk en realiseerbaar dat patiënten kunnen beschikken over hun eigen (ruwe) datagegevens. Dit bevordert de communicatie en stelt de patiënt in staat zich beter voor te bereiden op zijn of haar keuzes;
3. Door simpelweg, zonder oordeel, te luisteren naar de patient of door te lezen wat hem drijft kan de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg een enorme kwaliteitssprong maken. Het aanstellen van een Chief Listening Officer is daarbij een eerste stap;
4. Betrek de patiënt ook bij het onderwerp en de opzet van wetenschappelijk onderzoek. Dit vergroot de kans op de praktische toepasbaarheid en

biedt mogelijkheden voor nieuwe vormen van financiering.

De beschreven innovaties die zich richten op een grotere participatie van de patiënt:

[Social media, de patiënt blijft aanzet!](#) van Rob Bergers geeft weer hoe Social Media in het zorgproces de afstand verkleint tussen patiënt en zorgprofessional en hoe het op de juiste manier kan worden ingezet om te komen tot efficiënte zorg op maat.

[Curavista Health: de motor achter 40 eHealth projecten in Nederland en België](#) van Curavista Health is een online platform voor gestructureerde communicatie tussen zorgverleners, cliënten, patiënten en medebehandelaars. De kracht van het systeem is de uniformiteit (1 infrastructuur voor meerdere ziektebeelden) en de grote plek voor zelfmanagement. Patiënten en behandelaars ervaren letterlijk de samenwerking.

[De dementie experience](#) van Wina Smeenk en Jan Rietsema beoogt de beleving van dementie over te brengen en op die manier

[AWBZ cliënten integraal benaderen en met een coach ondersteunen](#) van Nico Moorman beoogt de indicatiestelling voor Zorg, Welzijn en Leefomgeving te combineren en zo efficiency en maatwerk te bevorderen.

[Digitale coaches bij autisme](#) van Karianne Vermaas zorgen door een slimme interactie tussen gebruiker en apparaat voor een enorme zelfredzaamheid bij patiënten.

[Autismezorg 2.0](#) van Saskia Timmer richt zich op zelfmanagement door de patiënt gedurende een langere periode. De methode bevat een zelfmanagementportaal en een instellingsportaal.

[Fysio online, innovatie in fysiotherapie](#) van Joost Valkenburg is een webapplicatie die de

patiënt ondersteunt in zijn/haar fysiotherapiebehandeling en biedt oefeningen, tips en adviezen en de mogelijkheid tot online contact met de therapeut.

[De 'fysio follow-up app'](#) van Ad van Dooren is een applicatie voor patiënten met een lage rugpijn. De applicatie bevordert therapietrouw door middel van videoinstructie en oefenprogramma's.

[Wat wil de patiënt – zelfmanagement als uitgangspunt](#) van Irma Knuiman gaat in op de vorming van online (patiënten)communities en het krijgen van toegang tot objectieve en transparante keuze-informatie voor de patiënt. Hierdoor wordt zelfredzaamheid vergroot en vermindert de afhankelijkheidspositie van de patiënt ten opzichte van de behandelaar.

[Geef de patiënt virtueel zijn dossier onder zijn arm, je wint aan kwaliteit en je bespaart tijd en geld](#) van

Martijn Bakkers geeft aan dat www.medischegegevens.nl voor de patiënt werkt.

[Geef de patiënt zijn gegevens \(terug\)!: het personal health record \(PHR\)](#)

van Hans te Brake gaat uit van een persoonlijk kerndossier voor iedereen dat na elke interventie in het zorgproces wordt bijgewerkt

[Hoe een regionaal eerstelijns EPD succesvol tot stand kwam](#) van Bob Mulder beschrijft hoe een Regionaal Eerstelijns EPD succesvol gerealiseerd werd in de regio Kennemerland.

[MeXtra](#) van Geert Klein Breteler biedt een online zorgplan waarbij de zorgvrager, diens netwerk én de zorgprofessional samenwerken aan het realiseren van de vastgestelde doelen. Dit bevordert de communicatie en vergroot het wederzijds vertrouwen.

[Wat vindt de patiënt van zijn medicijnen? – zelfmanagement als zorginnovatie!](#) van Insight Pharma Services is een onafhankelijke website waar patiënt ervaringen met medicijnen worden uitgewisseld. De site ondersteunt de patiënt in de communicatie met de arts en apotheker over het gebruik van geneesmiddelen, de bijwerkingen en eventuele alternatieven.



Geluk in de wolken...

Ons leven kreeg met het internet een nieuwe virtuele dimensie. We zijn steeds actiever in de digitale wereld. We vinden er partners, doen ons werk, verrijken onze kennis en nog veel meer. De cloud is één van de recentste uitbreidingen van het internet. Mensen met zorgvragen vinden steeds meer in deze wolken. Meer antwoorden, meer mogelijkheden om te genezen, meer grip op hun nieuwe leven en meer geluk met hun uitdagingen en beperkingen.

Auteur van dit hoofdstuk is Steven Hanekroot

Geluk ... wat is dat eigenlijk? Van Dale zegt: geluk is *“de aangename toestand waarin men al zijn wensen en verlangens bevredigd ziet”*. Mihaly Csikszentmihalyi zegt dat mensen het meest gelukkig zijn als ze *“Flow”* beleven; *“geconcentreerd werken aan een taak die de volle aandacht vasthoudt”*. Hij ontdekte dit bij onderzoeken waarbij meer dan 6000 mensen dagelijks regelmatig gevraagd werden hoe zij zich voelden en wat ze dan deden.

Eigen literatuuronderzoek brengt naar voren dat vitaliteit een belangrijke geluksfactor is, waarbij vitaliteit bestaat uit de volgende onderdelen:

1. **Zingeving**: een doel hebben waar je graag je bed voor uitkomt;
2. **Autonomie**; zoveel mogelijk zelf de regie hebben;
3. **Persoonlijke ontplooiing**: dingen leren is goed voor motivatie en gezonde hersens;
4. **Bewegen**: natuurlijk en veel bewegen in alledaagse handelingen en sport;

5. **Ontspannen:** ontstressen, elke dag een heerlijk moment voor jezelf;
6. **Eten en drinken:** matig en verstandig;
7. **Sociaal welzijn:** wekelijks contact met je familie, geloofsgemeenschap en vriendengroep.
8. **Maatschappelijke participatie:** een gewaardeerde bijdrage leveren aan de maatschappij, nuttig zijn, er bij horen.

Er zit een tegenstelling in de definitie van Van Dale en die van Flow en Vitaliteit. Als al onze wensen en verlangens bevredigd zijn, blijven we in verrukking op de bank hangen, met als resultaat dat ons lichaam slap en vadsig wordt en onze geest afstompt. Het kan een permanente staat van zijn opleveren; zoiets wat met spiritualiteit theoretisch bereikt kan worden, wat Jezus en Boeddha mogelijk hebben bereikt, maar wat tot nu toe niet objectief vast te stellen is.

Flow en vitaliteit geven daarentegen wel heldere doelen en objectief vast te

stellen resultaten. Resultaten die voor iedereen te bereiken zijn en waarbij het nastreven onze kwaliteit van leven duidelijk verbetert.

Aspecten van geluk: destressen, actief zijn, eigen regie & flow

Persoonlijk zie ik dat mijn geluismomenten vooral met Flow en Vitaliteit verbonden zijn en dat wensen en verlangens er niet zo veel mee te maken hebben. Flow en Vitaliteit leveren de meest zekere en praktische vormen van geluk op, en zijn duidelijk de moeite waard om na te streven, zowel in ons fysieke leven, als in ons leven in de wolken.

Vormen van geluk in de wolken

In de huidige praktijk zien we dat de focus nog veel ligt op de Van Dale definitie van geluk; het bevredigen van de aardse verlangens. In de ouderenzorg zien we dat [zorg op afstand](#) (bron: Algemene Rekenkamer) de eenzaamheid reduceert met een goedemorgen-

goedenavond dienst. In ziekenhuizen zien we dat 'bedside terminals' zorgen voor meer entertainment en meer contact met het thuisfront en onze virtuele sociale wereld.

Bij huisartsen zien we dat elektronische dossiers zorgen voor betere overdracht, betere zorg en het afschaffen van de voor huisartsen uitputtende weekend- en avonddiensten.

De trends van het moment zijn

In de GGZ ontstaan hybride vormen van therapie uit de reguliere facetoface consulten en internettherapie, waarbij het beste van beide vormen wordt gecombineerd tot een beter en betaalbaarder alternatief. In de 3e lijn, de superspecialistische zorg, zien we dat de expertisecentra van verschillende ziekten in toenemende mate direct de zorgvrager en zijn lokale zorgverleners op afstand ondersteunen en daarmee zorgen voor een beter op de patiënt afgestemde zorg.

Tenslotte is er een explosie aan apps, programmaatjes voor op de telefoon, die helpen om allerlei zaken rond zorg te ondersteunen en vergemakkelijken.

Samengevat zijn de sterktes van e-health en internet voor de zorg:

- **Any time, any place, anywhere.** Zorg die op ieder moment en overal beschikbaar is, wanneer je er ook maar behoefte aan hebt.
- Ondersteuning op **meerdere momenten**, niet alleen tijdens het consult.
- **Gestructureerde interactie en communicatie.** Bij face-to-face contact wordt een hoop informatie wel verteld, maar niet gehoord, niet goed begrepen, of niet goed gezegd. Bij internetcommunicatie kun je het rustig en op je gemak nog eens nalezen. Ook bij het onderwijs zien we dat deze overdracht vaak beter werkt (www.khanacademy.org) waarbij de menselijke interactie meer in kan gaan op de specifieke vragen en de algemene uitleg niet steeds herhaald hoeft te worden.



Daarmee wordt ook veel effectiever gebruik gemaakt van de tijd van de zorgverlener/leraar.

- **Integratie in het zorgproces: best of both worlds, het beste van reguliere zorg & e-health.** Een goede mix geeft je het beste van directe menselijke interactie, menselijke interactie op afstand en internet-interactie.
- **Contact met lotgenoten** over de hele wereld. Weten wat anderen in jouw omstandigheden hebben gedaan en wat hun bevindingen waren.
- **Contact met superspecialisten** over de hele wereld. Vaak zijn er bijzondere omstandigheden of zeldzame ziekten, die door maar enkele specialisten of instituten goed doorgrond en behandeld worden. Omdat ze zich hierin hebben gespecialiseerd of omdat ze deze zelf van dichtbij hebben meegemaakt en uitgezocht. Of zijn er experimenten gaande, waar je misschien baat van kan hebben.

- **Meer informatie en daardoor meer zelfregie.** Een actieve houding en inzicht in de eigen situatie vergroot de kans op genezing en geeft meer welzijn.
- **Bundeling van kennis.** De kennis op specifieke thema's en ziektes wordt steeds sneller en breder bekend.
- **Betere betaalbaarheid.** Virtuele vormen van zorg zijn na de initiële investering meestal een stuk goedkoper, versnellen de genezing en reduceren het gebruik van duurere zorg.

Concrete innovaties voor geluk in de wolken

De ingediende innovaties rond het thema geluk in de wolken zijn te vinden op de zorginnovatie-boek onderwerpen 'Zorg op afstand' en 'Ehealth' en bestrijken 7 gebieden:

1. Zorg op afstand en domotica;
2. Apps voor Healthcare;
3. Zelfmanagement;
4. Superspecialisten en ziektespecifieke oplossingen;

5. Elektronische dossiers;
6. Overige E-health en geluk in de wolken.

Per categorie een korte toelichting. We nodigen u uit de voor u relevante innovaties op www.zorginnovatieboek.nl verder op te zoeken door op de links te klikken.

Zorg op afstand en domotica

Zeven verschillende inzendingen geven een mooie waaier aan mogelijkheden. MS expertise centrum [Nieuw Unicum brengt een vierde generatie zorg op afstand systeem](#), dat fraai is geïntegreerd met een elektronisch dossier, waarin ook de beelden kunnen worden opgenomen. Een [Japans videocall centre](#) helpt om medicatiefouten te voorkomen. [ABCTV](#) biedt een interactief TV en beeldzorgkanaal met agenda en contentplanner voor verstandelijk beperkte digibeten en digifielen. Het bij St Jozef te Gendt ontwikkelde [VideoCare systeem](#) zorgt dat ouderen zich intramuraal

en extramuraal extra veilig en goed verzorgd voelen. [Thuis technologie in de consumentenmarkt](#) is een lokaal initiatief om mensen voor te lichten en te ondersteunen om hun zorgbehoefte deels met domotica op te vangen in samenwerking met lokale installateurs. [Gewoon Skypen](#) met je ouders kan natuurlijk ook een uitkomst zijn. Een geïntegreerde oplossing van [zorg op afstand, elektronische dossiers en domotica verbetert de zelfredzaamheid, vitaliteit en de betaalbaarheid](#) aanmerkelijk bij het Spectrum in Dordrecht.

Apps voor Healthcare

Diverse apps voor de zorg laten mensen via hun smartphone aan hun gezondheid werken. Er zijn apps om:

- zorgvraag en zorgaanbod direct te matchen – [de Direct Zorg App](#);
- snel en handig passende e-health-apps te vinden – [de Open App store](#);
- continu de [gezondheidsstatus mee te meten](#);
- medicatiefouten te voorkomen - [de](#)



PharmApp-4-Nursing;

- therapietrouw bij fysiotherapie te bevorderen – [de fysio follow-up app](#);
- [groei bij kinderen te volgen](#).

Zelfmanagement

Wie de patiënt-empowerment pleidooien van Ragna van den Berg, Dave Debronkart ([TED.com](#)) en Anjo Schuiten heeft gezien, weet voor altijd dat zelfmanagement essentieel is als je een serieuze ziekte te lijf wil gaan. Ook onderzoek laat zien dat betrokken actieve patiënten een grotere genezingskans en een betere

kwaliteit van leven hebben. De eerder genoemde flow en vitaliteitspunten onderstrepen eveneens dat zelfmanagement een belangrijk punt van aandacht is.

Daarom zijn we blij met maar liefst 7 innovaties op dit gebied:

- [De Healthguide van Fujitsu](#) bundelt zelfmetingen van chronische patiënten en communiceert deze met de patiënt en zijn zorgketen.
- [Medischegegevens.nl geeft de patiënt regie](#) door inzicht in de eigen dossiergegevens uit verschillende zorgsystemen, waarbij na het consult alles nog eens doorgenomen kan worden.
- Promedas geeft een online systeem waarmee mensen met zeldzame ziektes [sneller een diagnose](#) krijgen en de diagnose-informatie inzichtelijk en transparant bundelt en verspreidt.
- [Health Social Media](#) bieden een concept om social media als facebook te koppelen aan het Elektronisch dossier waarbij de

betrokkenen de anamnese en progressie van een ziekte kunnen volgen.

- [Mijnmedicijn.nl geeft een overzicht van ervaringen van gebruikers](#) met medicijnen, inclusief bijwerkingen en maakt deze snel inzichtelijk voor anderen.
- [MijnZorgnet](#) laat de patiënt via beveiligde communities informatie uitwisselen met zorgaanbieders en andere patiënten.
- [Kerndossiers geven landelijk de sleutel tot de Personal Health Records van iedere inwoner](#), zodat deze de regie kan voeren en zorgverleners toegang kan geven.

Superspecialisten en ziektespecifieke oplossingen

Als je eenmaal een chronische ziekte hebt, dan wil je de beste hulp voor die specifieke ziekte. Dan zoek je eerst en vooral op die plekken waar je lotgenoten, ondersteunende middelen en superspecialisten voor jouw ziekte vind. Het internet maakt het makkelijk om die kennis te bundelen,

ervaringen te delen en toegang tot superspecialisten laagdrempelig te maken.

10 verschillende innovaties zijn binnen dit domein gepubliceerd:

- De digitale [coach2care voor autisme van het Leo Kannerhuis](#) zorgt via apps en internet voor ondersteuning bij moeilijke momenten. Eveneens van het Leo Kannerhuis is een portal dat de genoemde zelfmanagement modules integreert met [online educatie voor het gezin en e-health voor zorgverleners](#) met 7 verschillende modules en beeldzorg op afstand.
- Een [KetenInformatieSysteem \(KIS\) voor de tromboseketen](#), zorgt dat de samenwerking en informatiestroom tussen zorginstelling, trombosedienst en patiënt beter en sneller verloopt via Near Patiënt Testing en wordt inmiddels door 25 van de 60 trombose diensten aangeboden.
- Een [DIGItaal GedragsInterventie-Plan \(DIGIGIP\) geeft meer inzicht](#)

[in de spanningsopbouw](#) van bepaalde patiënten, waardoor de behandeling beter op de patiënt afgestemd kan worden.

- Stichting Mirro zorgt met [een screeningstool voor algemene GGZ](#) dat de juiste zorg op de juiste plek komt; in eerste instantie via de huisarts en later ook via online zelfhulp.
- Het Trimbos Instituut zorgt via [Mentalshare voor de verdere verspreiding](#) van haar succesvolle e-mentalhealth interventies kleurjeleven.nl voor lichtdepressieven en minderdrinken.nl voor mensen die minder willen drinken.
- [FysioOnline.nl](#) en de [fysio follow-up app](#) zorgen voor fysiotherapie thuis, meer zelfredzaamheid en voor het bevorderen van therapietrouw.
- [Dementieexperience.nl geeft een realistische online beleving van wat er gebeurt met dementie](#), wat meer begrip geeft bij patiënten, mantelzorg en zorgverleners en daarmee zorg en welzijn verbetert.

Elektronische dossiers

Elektronische dossiers zijn één van de meest geruchtmakende innovaties in de zorg. Ze zijn ook essentieel voor geluk in de wolken. Alleen met elektronische dossiers is zorg op afstand met een zorgverlener effectief te combineren met fysieke zorg en zorg op afstand via internet-interactie. Alleen met elektronische dossiers kan de zelfregie van de zorgvrager praktisch goed ondersteund worden. Alleen met elektronische dossiers is de zorg goed te coördineren tussen zorgverleners, patiënt en mantelzorg. Berucht is de afwijzing in de eerste kamer van het EPD wegens privacy redenen en een gebrek aan draagvlak. Gelukkig lijkt het er nu op dat de feniks uit de as herrijst en er alsnog een nieuwe versie komt die wel voldoende draagvlak en privacy biedt. Broodnodig om de enorme kwaliteits- en effectiviteitswinsten te boeken die elektronische dossiers mogelijk maken.

- De eerste grote [EPD doorbraak kwam met de huisartsenposten](#)

waarbij de vele systemen via een al wat oudere OZIS-standaard werkend aan elkaar werden gekoppeld.

- In het [Online Zorgplan van MeXtra](#) werken zorgvrager, mantelzorg én zorgprofessionals samen aan de doelen uit het zorgplan.
- Het [Mozaik systeem beoogt direct elke zorgvraag onder te brengen](#) bij een geschikte zorgaanbieder en alle zaken financieel te regelen.
- [Medische gegevens.nl ondersteunt de uitwisseling van gegevens tussen behandelende artsen](#) en hun teams tussen verschillende zorgaanbieders en tussen verschillende ziekenhuisinformatiesystemen en faciliteert daarmee betere vormen van concentratie en spreiding van zorg.

Overige E-health en geluk in de wolken

Helaas en gelukkig valt niet alles in een hokje te persen, dus is er een 'Overige' categorie nodig.

- [Pazio biedt een overzicht van e-health applicaties](#); een soort appstore voor e-health.
- [Healthlab](#) biedt een netwerk van samenwerkende partijen om meer mogelijkheden van ICT en e-health te creëren.
- ['Succesfactoren voor e-health'](#) geeft een aantal zinnige tips om meer resultaat te boeken en de onderlinge communicatie te verzekeren.
- Een [TRI-O training geeft zorgverleners beheersing van 21 technieken voor e-mail consults](#) voor de empowerment van ouders, die ook gunstig zijn voor telefonische en directe consulten.
- Het [PreventieKompas is een online preventieportaal](#) waar mensen advies krijgen over hun gezondheidstoestand en hoe deze te verbeteren, via vragenlijsten, zelfmetingen en waar nodig labmetingen.

Ruben





Implementatie en opschaling

Innovatie is het ontwikkelen én implementeren van vernieuwing. Het kan om zorgtechnische, organisatorische, logistieke, inhoudelijke of medische vernieuwing gaan. Dat een innovatie zonder implementatie niet succesvol genoemd kan worden spreekt vanzelf: iets wat niet in praktijk wordt gebracht creëert geen waarde. Implementeren van vernieuwing is niet eenvoudig, en succesvoorbeelden verdienen nadere bestudering.

De auteurs van dit hoofdstuk zijn Brigitte Gabel, Caro Goudriaan, Mark de Lange, Willemijn Merkx en en Michiel van Well.

Maar er is meer nodig om van een geslaagde innovatie te spreken: na implementatie volgt opschaling. Waarom is dit zo belangrijk? Innovatie in de zorg vindt nooit geïsoleerd plaats. De organisatie en andere belanghebbenden veranderen op meerdere dimensies mee om de innovatie goed in te bedden in de praktijk. Bij een enkele implementatie van een innovatie komen dus al gauw complexe processen kijken: werkprocessen die moeten worden aangepast, koppelingen met

bestaande systemen die moeten worden gemaakt, bekostiging die moet worden afgesproken. Voor één enkele implementatie, dus in een organisatie of regio, loont dat meestal niet. De ontwikkel- en implementatiekosten kunnen niet worden terugverdiend en veel 'innovaties' lopen dan ook spaak wanneer de projectsubsidie wordt stopgezet. We zien jammer genoeg nog vaak dat er niet voorbij dit punt is gedacht bij het starten van een innovatieproject. Pas als het ergens draait, gaat men op

zoek naar mogelijkheden om op te schalen. Dan loopt het al te vaak spaak: om de innovatie op die kleine schaal draaiend te houden is meer geld nodig dan er binnenkomt, en het vinden van investeerders voor die volgende stap duurt vaak te lang om de aanlooperperiode te overbruggen. Er zijn vele voorbeelden van (gesubsidieerde) projecten die vastlopen op de valorisatie, oftewel op het in de praktijk aantonen en realiseren van waarde creatie of kostenbesparing. Hoe aansprekend de resultaten van lokale initiatieven ook mogen zijn, een innovatie levert pas echt meerwaarde op als deze grootschalig wordt benut. Slechts na opschaling wordt effectief omgegaan met ontwikkelkosten, zorgkwaliteitswinst, efficiency en schaalvoordelen. Daarom gaat dit hoofdstuk naast implementatie ook over op het opschalen van innovaties in de zorg.

Veel co-auteurs onderkennen net zoals de hieronder genoemde

trekkers dat bij implementatie en opschaling de sleutel ligt tot het succes. Zij hebben daarom bijdragen ingediend, die handreikingen bieden om tot succesvol innoveren te komen. Hun bijdragen en onze inzichten zijn verwerkt in dit hoofdstuk over implementatie en opschaling. We gaan in op een algemene aanpak voor innovatie, de belemmeringen hierbij, de factoren voor succes en de geleerde lessen. We sluiten af met een korte uiteenzetting over de ingediende bijdragen. Hopelijk wordt u hierdoor getriggerd om ook de afzonderlijke bijdragen van de co-auteurs te lezen. Ze zijn de moeite waard!

Aanpak

Het innovatieproces kan middels vele modellen worden weergegeven. Wij kiezen hier voor een zogenaamd 'stage-gate-model', waarbij een fase eerst succesvol moet worden afgesloten voordat de volgende fase in het proces kan worden gestart. Een sterk punt van zo'n model is dat iedere fase opnieuw expliciet moet worden

afgewogen of het verstandig is om verder te gaan met de innovatie, om er nog meer tijd en geld in te stoppen, of dat het verstandiger is om er (in deze vorm) mee te stoppen.

Zo'n model ziet er heel overzichtelijk en lineair uit, een proces met een helder begin en een helder eind. Na iedere fase vallen er innovaties af en gaan de meest kansrijke door. In de realiteit is het wat ingewikkelder. Een innovatie is een proces van verandering, waarbij het procesverloop en de uitkomsten op voorhand niet vaststaan. Innovaties kunnen bijvoorbeeld worden samengevoegd of gesplitst. Ook

kan het zo zijn dat fases elkaar toch gedeeltelijk overlappen, of dat een innovatie een of meer stappen terug moet zetten. Wij pleiten er in ieder geval voor om een innovatie nooit bij een eenmalige implementatie te laten, maar deze op te schalen. Voor het doel van dit zorginnovatieboek is het weinig zinvol om alle afzonderlijke fasen van het stage – gate model te behandelen. Wij hebben er daarom voor gekozen om een aantal elementen toe te lichten, die in diverse fasen weer terugkomen en die cruciaal zijn om tot succesvolle implementatie en opschaling te komen.

Figuur 2: Stage-Gate Model



Implementatie

Als wij het over implementatie hebben, dan lijkt het alsof het een eenmalige activiteit is. En als deze klaar is, kunnen we gaan evalueren. Ook hier is de werkelijkheid complexer. Implementatie bestaat uit vele stappen.

Wij onderscheiden er drie:

1. Primaire implementatie: het 'werkend neerzetten' van een innovatie.

De innovatie wordt volledig ingebed in een proces of systeem, mensen zijn voorgelicht over de werking ervan. Alle randvoorwaarden voor het gebruik zijn in principe ingevuld.

2. Secundaire implementatie: het 'initieel gebruik' door de beoogde gebruikers.

In de praktijk blijkt helaas vaak dat de implementatie hier stopt; het is ontwikkeld en wordt aangeboden, maar waarom wordt er niet met gebruik begonnen en pikken de gebruikers het nu niet op?

3. Tertiaire implementatie: het 'blijvend gebruik' door de beoogde gebruikers.

Nadat gebruikers een innovatie een eerste keer geprobeerd en gebruikt hebben, komen ze vaak niet terug voor verder gebruik. Het is maar weinig innovaties zonder meer gegeven om de beoogde gebruikers in één keer voor zich te winnen.

De winst van de innovatie voor de gebruiker is niet altijd helder en overtuigend. Het kost moeite om een oude praktijk te verlaten en te verruilen voor een –vaak nog onbekende en verder uit te ontwikkelen - nieuwe manier van werken.

User Driven Innovation

Bij implementatie van een innovatie speelt 'de gebruiker' een belangrijke rol. Uiteindelijk moet hij¹ zich de innovatie praktische toe eigenen en de waarde van de innovatie in de praktijk realiseren. In de zorg is de gebruiker vaak niet diegene die de innovatie ontwikkelt of diegene die ervoor



Figuur 3: Users as Designers, De Waag Society

betaalt. Ondanks de wens om 'de zorg centraal' te stellen en 'patiënt gericht' te innoveren spelen eindgebruikers (patiënten en in mindere mate ook de zorgverleners op de werkvloer) in het innovatieproces geen of een ondergeschikte rol. Dat is niet alleen een gemiste kans, maar zeker ook een grote bedreiging voor het succes van de innovatie. Het lot van de innovatie ligt uiteindelijk in de hand van de gebruiker. In de implementatiefase staat 'de gebruiker' in het centrum van de macht, tegelijkertijd hebben de innovatoren en innovatie-eigenaren vaak geen grip op deze stakeholders. Ze kennen hen te weinig en hebben

hen vaak niet of te weinig betrokken bij het innovatieproces en mede-eigenaar van de innovatie gemaakt.

User Driven Innovation is een antwoord op de secundaire en tertiaire implementatieproblemen waar de gebruiker in het centrum van de macht staat. Het is te laat om op dat moment de beoogde gebruikers te betrekken, het vraagt ook meer dan marketing en reclame om beoogde gebruikers om te toveren tot gebruikers. Het uitgangspunt bij de User Driven Innovation is, dat de gebruiker essentieel is voor een innovatie en daarom ook

een essentiële speler zijn in het innovatieproces moet zijn:

1. Ideevorming: gebruikerservaringen kunnen innovatoren inspireren.
2. Ontwikkeling: pilots, proof of concepts, demo's worden beter afgestemd op de praktijk als gebruikers en ontwikkelaars ze samen maken, bespreken, testen en verbeteren.
3. Implementatie: gebruik wordt vanzelfsprekend als beoogde gebruikers vanaf het begin mede eigenaar en ontwikkelaar zijn geweest in het innovatieproces.

Gebruikers zijn de 'experts van hun eigen leven' en die expertise is enorm waardevol, zo niet onmisbaar, voor innovaties die ook in de praktijk willen slagen. Tegelijkertijd is duidelijk dat de gebruiker niet bestaat. Gebruikers betrekken vraagt dan ook om iets anders dan 'zoeken naar het telefoonnummer van de gebruiker'. Bij de hierboven genoemde onderdelen van het innovatieproces spelen gebruikers steeds een andere rol en

kan 'de gebruiker' vertegenwoordigd worden door steeds verschillende gebruikers. In de eerste fase moet de innovator zich laten inspireren door de gebruiker. Hij moet luisteren, kijken en participeren in het leven van een paar (verschillende) beoogde gebruikers en daar ideeën opdoen.

In de tweede fase moeten gebruikers en ontwikkelaars met elkaar in gesprek, testen, proberen en verbeteren. Dat kan bijvoorbeeld in een paar verschillende workshops met gebruikers. De implementatie is er bij gebaat als alle geïnteresseerde gebruikers vanaf het begin het innovatieproces hebben kunnen volgen. De social media kunnen daar enorm bij helpen: gebruikers kunnen daar informatie krijgen, zoeken en erop reageren. Tijdens het innovatieproces kan zich zo een community rond de innovatie vormen. Dat biedt ook de mogelijkheid aan andere groepen (onverwachte i.p.v. beoogde gebruikers) om zich aan te sluiten en de innovatie te versterken.



Stakeholders

Hierboven schreven we al uitgebreid of de rol van de 'beoogde gebruiker' en hoe deze te betrekken in het innovatie en implementatie proces. Bij iedere grote verandering zijn echter meerdere en ook andere belanghebbenden betrokken, zonder wiens bijdrage en medewerking de verandering niet volledig succesvol zal plaatsvinden. Te denken valt

aan patiënten en hun verenigingen, zorginstellingen, zorgverzekeraars, overheid, leveranciers, ontwikkelaars, investeerders etc. Al in een zeer vroeg stadium moet worden gekeken welke belanghebbenden een rol van betekenis spelen, welke doelen zij nastreven, welke bijdrage zij kunnen leveren en hoe zij daartoe geprikkeld of verleid kunnen worden. Dit is een continue activiteit, en moet zo vroeg

mogelijk in het innovatieproces starten. Dus al tijdens de ideevorming zou het idee getoetst en aangescherpt moeten worden bij verschillende belanghebbenden. Om hun input te krijgen, maar ook draagvlak te winnen en daadwerkelijke inzet. Coalitievorming helpt om de innovatie op de juiste plekken onder de aandacht te brengen en om medewerking van weer andere belanghebbenden te verkrijgen.

Opschalen van innovaties

Bij innovaties moet in een vroeg stadium worden nagedacht over de schaalbaarheid. Kan de innovatie, na succesvolle implementatie, grootschalig worden uitgerold? Als een innovatie succesvol is gebleken, dan kan het nuttig en zelfs noodzakelijk zijn om de innovatie op te schalen. Dit betekent dat een werkende innovatie ook wordt geïmplementeerd in andere organisaties, in andere regio's of voor andere doelgroepen. Nuttig omdat de zorg ook in een iets andere context

kan profiteren van de innovatie. Noodzakelijk omdat duurzame innovatie gebaat is bij schaalgrootte. Dat maakt het mogelijk om de investeringen terug te verdienen en om tot een duurzame business case te komen. In het vaak subsidiegedreven zorginnovatieveld is opschaling zelfs een belangrijke maat voor het succes van een innovatie. De vraag doet zich dan (helaas vaak voor het eerst) voor of er partijen zijn die voor de innovatie willen betalen; of het mogelijk is inkomsten te genereren met de innovatie. En of er dus een business case is voor het product. Minstens zo belangrijk is dat opschaling het mogelijk maakt om in andere situaties ervaring op te doen en het leereffect voor doorontwikkeling te vergroten.

Ten aanzien van opschaling zijn er keuzes, die in een vroeg stadium gemaakt moeten worden. Zetten we gelijk een infrastructuur voor heel Nederland (of groter) neer, of beginnen we op een kleine locatie?

Wat verstandig is, hangt ondermeer af van de aard van de innovatie, de omvang en spreiding van de doelgroepen, de functionaliteiten die reeds beschikbaar zijn.

Business cases

Bij het beoordelen van de levensvatbaarheid van een innovatie, is de business case een nuttig hulpmiddel. Deze business case kan en moet op verschillende niveaus worden opgesteld en beoordeeld.

In de eerste plaats is er de maatschappelijke business case. Alle kosten en baten voor alle belanghebbenden worden in kaart gebracht. Wie leveren input (of betalen geld) bij de totstandkoming van de innovatie? Wie ontvangen de baten na implementatie? Wanneer de totale kosten hoger zijn dan de baten, dan voldoet de innovatie (in de huidige vorm) niet aan het criterium van financiële duurzaamheid. Als de uiteindelijke balans zo uitvalt dat er

meer baten dan kosten zijn, dan is er een kans van slagen. Het probleem is vervolgens dat de baten vaak bij een andere partij liggen dan bij de kostendrager.

Iedere betrokkene bij een innovatie heeft zijn of haar eigen business case: hoeveel kost het mij om deze innovatie te gebruiken, en wat levert het mij op? Dit hoeft niet altijd in letterlijke, financiële, zin te zijn maar kan ook gaan om kwalitatieve kosten en baten. Wanneer dit voor een belanghebbende niet tegen elkaar opweegt, zal hij of zij de innovatie hoogstwaarschijnlijk links laten liggen. Het ontwerp van de innovatie zou dan zodanig moeten worden aangepast dat deze voor de 'netto-betalers' aantrekkelijker wordt gemaakt, voor hen meer waarde creëert. Als dit echt niet mogelijk is, kan het nodig zijn verrekening plaats te laten vinden tussen 'netto-betalers' en 'netto-ontvangers', zodat voor iedereen de baten groter worden dan de kosten.



Belemmeringen

“Waren we maar Chinezen. Zij hebben geen enkel probleem met het kopiëren van andermans successen.” Mark de Lange, 2012

Wie een innovatie wil implementeren of opschalen, kan verschillende belemmeringen tegenkomen. Wanneer deze niet effectief worden aangepakt, dan is alle energie die in een innovatie wordt gestoken verloren energie. Daarom geven wij voor enkele veelvoorkomende belemmeringen aan hoe hier op een effectieve manier mee omgegaan kan worden.

Bestaande organisatie mist de infrastructuur om innovatie tot succes te maken. Het kan zijn dat een organisatie een heel slimme innovatie bedenkt, maar hier op enig moment niet mee verder komt om de simpele reden dat de organisatie niet de infrastructuur (competenties, bronnen, processen en systemen) heeft om de implementatie en opschaling ter hand te nemen. Een

voorbeeld hiervan was te vinden bij het Trimbos Instituut, dat een applicatie voor e-mental health had ontwikkeld. Zij hebben vervolgens aangetoond dat e-mental health effectief is, goedkoper dan gewone therapie en dus interessant om aan grotere patiëntengroepen aan te bieden. Het Trimbos Instituut had echter niet de infrastructuur om zo'n product door te ontwikkelen en in de markt te zetten. De oplossing was eenvoudig: zet een nieuwe organisatie op, die hiertoe wel in staat is. MentalShare is nu een onderneming die e-mental health doorontwikkelt en in de markt zet.

Schotten tussen organisaties. Verschillende organisaties voelen zich of gedragen zich alsof zij elkaars grootste concurrenten zijn. Delen van informatie, inzichten en innovaties zou in die visie neerkomen op het weggeven van een mooi concurrentievoordeel. Soms is dat reëel, vaak niet. Het opwerpen van barrières tegen het delen van

informatie en het samen verder ontwikkelen staat in elk geval de opschaling van innovaties in de weg, en zorgt ervoor dat de potentiële waarde van een innovatie niet wordt gerealiseerd. Soms betekent dit dat initiële investeringen niet kunnen worden terugverdiend, en in elk geval betekent het dat de innovatie niet beschikbaar komt voor iedereen die er baat bij zou hebben.

Not invented here. Zoals veel andere organisaties, leiden ook zorginstellingen aan het ‘not invented here syndroom’. Wanneer een goed idee door een ander bedacht is, willen zij het niet overnemen. Liever bedenken ze zelf iets anders, wat niet significant beter is, maar in elk geval wel ‘van ons’. Gevolg hiervan is dat er versnippering ontstaat. Is het erg, als er verschillende oplossingen komen voor hetzelfde probleem? Op zichzelf niet, die oplossingen zouden in theorie ook met elkaar kunnen concurreren. Aan de andere kant worden investeringen dan ook dubbel

gedaan, ontstaan er oplossingen die niet met elkaar kunnen communiceren en wordt ook hier niet het volledige potentieel van innovaties benut. Verder verspillen organisaties kosten en tijd door vernieuwingen te bedenken en ontwikkelen die elders allang bestaan.

One size fits all. Aan de andere kant van het spectrum staan innovaties die worden gekopieerd terwijl zij in die specifieke context eigenlijk niet goed passen. Er wordt dan niet goed genoeg gekeken naar de randvoorwaarden om de innovatie succesvol te laten zijn. Gevolg hiervan is: een innovatie die niet werkt, verspilde energie en geld, frustratie bij betrokkenen.

Het systeem en financiering.

De manier waarop zorg wordt gefinancierd, werkt het implementeren en opschalen van innovaties soms tegen. Zonder tarief voor e-consult, zal geen huisarts op deze manier in contact willen komen met zijn patiënten. Sommige

innovaties beogen een geldbesparing, maar kosten uiteindelijk alleen maar meer omdat de zorg die zij zouden vervangen niet wordt beëindigd. Bij ketenzorg wordt bijvoorbeeld de beoogde besparing vaak niet gerealiseerd omdat er geen dure bedden worden gesloten.

Succesfactoren

In deze paragraaf gaan wij in op de factoren die kunnen bijdragen aan succesvolle innovaties. Uit alle mogelijke factoren hebben we hierbij een keuze moeten maken. De in onze ogen meest bepalende succesfactoren treft u in dit hoofdstuk aan.

Werk samen. Innoveren gaat beter als je het niet alleen doet, maar samen met anderen. Ook met andere organisaties. Meer invalshoeken en meer kennis leiden tot betere ontwerpen en succesvollere implementatie. Patiënten, zorgaanbieders, verzekeraars, technologie-leveranciers leveren allen hun eigen inbreng in het hele

innovatieproces, van ideevorming en ontwerp tot implementatie en opschaling. De belemmeringen ‘schotten tussen organisaties’ en ‘not invented here’ leren ons bovendien dat het voor een grootschalig geïmplementeerde innovatie onmisbaar is om samen te werken tussen concurrenten. Maak indien nodig goede afspraken over hoe om te gaan met intellectueel eigendom, verdeling van opbrengsten en geheimhouding van gevoelige informatie. Maar laat concurrentie niet in de weg staan van innovatie.

Denk vooruit. Je moet al van het begin af aan nadenken over implementatie en opschaling, en niet pas als de innovatie uitgedacht is. Dit betekent betrekken van alle partijen (stakeholders) in een vroeg stadium betrokken moeten worden. Innovatie, implementatie en opschaling zijn geen volgtijdelijke onderdelen van een proces, veel meer zijn het met elkaar verweven/samenhangende parallelle trajecten van een project, die in

verschillende stadia meer of minder aandacht vragen.

In de ideevormende fase is het goed om al na te denken over opschaling en de daarvoor benodigde flexibiliteit en vermenigvuldigbaarheid van het product.

Blijf ontwikkelen. Tijdens de implementatie en opschaling worden nieuwe ervaringen opgedaan met een innovatie, die kunnen en vaak zelfs moeten leiden tot verdere ontwikkeling. Hou dus niet krampachtig vast aan het oorspronkelijke idee, maar blijf openstaan voor nieuwe inzichten en pas het ontwerp of de implementatiestrategie daarop aan. Soms doen zich onvoorziene kansen voor.

Betrek alle belanghebbenden. Het is in innovatieland ondertussen aardig gemeengoed om stakeholders te betrekken bij een ontwikkeling. Vreemd genoeg wordt één stakeholder bij zorginnovaties vaak over het hoofd

gezien: de patiënt. Dat ondanks dat 'de patiënt centraal' zorgbreed een gevleugelde uitspraak is. Aandacht voor de gebruiker en de manier waarop zij de innovatie zullen gebruiken (en kijk dan goed wie die gebruiker is en door wie hij/zij vertegenwoordigd kan worden c.q. hoe jij je in hem/haar kunt inleven).

Denk na over geld. Bij het starten van een innovatie zou men op voorhand al moeten nadenken over het verdienmodel. Innovaties die afhankelijk zijn van subsidie, zijn niet duurzaam. Een duurzame innovatie creëert waarde, waarvoor stakeholders, zoals zorgverzekeraars of gemeenten bereid zijn te betalen. Is het niet mogelijk de innovatie zo te ontwerpen dat hij waarde creëert, en is er geen verdienmodel te bedenken waarmee de kosten van de innovatie terugverdiend kunnen worden, dan kan er maar beter in een zo vroeg mogelijk stadium mee gestopt worden. Soms is het nodig om het verdienmodel aan te passen om

het sluitend te krijgen. Toen NIPED het Preventiekompas had ontwikkeld, wilden zij dit eerst aanbieden via de eerste lijn. Dit kwam financieel niet rond. Men is toen op zoek gegaan naar de partij die het grootste financiële belang bij preventie heeft, en kwam uit bij de werkgevers. Via dit kanaal wordt het Preventiekompas nu succesvol aangeboden aan een groeiende groep werknemers.

Ontbundel en standaardiseer.

Veel elementen in een innovatie zijn herbruikbaar. Denk bijvoorbeeld aan geautomatiseerde richtlijnen, of aan de apparatuur die nodig is om vanuit huis een beeldverbinding tot stand te brengen. Als iedereen zijn eigen oplossingen hiervoor gaat ontwikkelen leidt dit onvermijdbaar tot verspilling van tijd en geld. Er kunnen veel efficiëntere oplossingen tot stand komen als innovaties eerst worden ontbundeld in losse elementen, en deze elementen vervolgens worden gestandaardiseerd. Alleen die elementen die contextspecifiek

zijn hoeven dan nog los te worden ontwikkeld, en vervolgens kunnen deze worden gecombineerd met generieke (en vaak reeds bestaande) elementen. Standaardisatie van wat generiek is maakt het mogelijk om veel sneller de 'economies of scale' te bereiken, voor veel meer functionaliteiten.

Think big, start small, move faster.

Dit gemodificeerd motto is oorspronkelijk afkomstig van het Center for Innovation van Mayo Clinic. Om succesvol te kunnen innoveren moet eerst een ambitieuze en vooral aansprekende visie worden ontwikkeld. Je gaat geen tijdrovend en energieverblindend innovatietraject in, om iets te ontwikkelen dat een probleem oplost van een heel klein groepje belanghebbenden. Je start hiermee omdat je een verschil wilt maken, omdat je impact wilt hebben. Dat lukt alleen als je groot kunt denken. Vervolgens moet je klein beginnen. Hiermee worden de risico's van al te ambitieuze plannen beperkt.

Eerst maar eens een proefopstelling op één locatie met een kleine gebruikersgroep, om te kijken of het nou echt werkt zoals we bedacht hadden. Of eerst een deel van de uiteindelijk beoogde functionaliteit ontwikkelen. En vanuit die kleine start zou een innovator snel moeten kunnen voortgaan. Snel inspringen op wijzigende omstandigheden en kansen die zich voordoen, snel uitbreiden naar meer functionaliteit en grotere gebruikersgroepen, snel doorontwikkelen.

Lukt het niet binnen een bestaande organisatie, begin dan iets nieuws.

Het implementeren van innovaties is ingrijpend voor organisaties. Binnen een organisatie moeten processen en systemen worden aangepast en wordt ander gedrag van medewerkers vereist. Sommige innovaties vragen om een andere denkwijze of zelfs een andere organisatiecultuur. Ook komt het voor dat innovaties zodanig andere competenties vereisen dat medewerkers een zeer fors

scholingstraject moeten doorlopen – en dan nog haalt niet iedereen daarin de eindstreep. Soms zijn de krachten tegen verandering te groot en is het gewoon beter haalbaar om een innovatie te starten in een nieuwe omgeving. In plaats van een mammoettanker van koers te laten veranderen, kan een kleine wendbare vloot worden opgericht waar zich steeds nieuwe schepen bij aansluiten. En als de beweging eenmaal sterk genoeg is, zullen ook bestaande organisaties zich erbij willen aansluiten.

Krachtige personen die het gewoon willen. En uiteindelijk drijft een succesvolle innovatie op de inzet van enkele krachtige mensen, die zich inzetten voor die innovatie om de simpele reden dat zij die willen doen slagen. Breng dus in kaart wat je eigen drijfveren en kracht zijn, en ga op zoek naar bondgenoten die je kunnen aanvullen om je innovatie kracht bij te zetten. Bij vrijwel iedere geslaagde innovatie zul je deze krachtige

personen vinden. Zonder hen komt het gewoon niet van de grond.

Lessen

Essentieel bij succesvol innoveren:

- Flexibiliteit en een brede blik: de realiteit rondom een innovatie is complex en dynamisch. Dit vereist het vermogen om te schakelen, bijvoorbeeld tussen implementatiestrategieën, samenwerkingspartners en verdienmodellen.
- Om één stap verder te komen, moet je er in gedachten en voorbereiding al veel meer gezet hebben. Een goed idee is niet genoeg om een innovatie te laten slagen. Denk al vanaf de eerste fase na over de organisatie die nodig is om de innovatie uit te dragen en op te schalen, over het verdienmodel, over de techniek, over de beoogde gebruikers.
- Houd alle business cases in het oog: individueel, per groep belanghebbenden en de overall maatschappelijke business case.

Zodra één ervan negatief uitpakt, loopt de innovatie spaak.

Bijdragen Co-auteurs in een notedop

Co-creëren betekent ook: het delen van kennis en ervaring!. Van het genereren van een levensvatbaar idee tot en met het implementeren en opschalen: *“Creativity is about coming up with the big idea. Innovation is about executing the idea - converting the idea into a successful business.”*²

Een groot deel van de ideeën voor innovatie komt nooit buiten het kantoor van de bedenker. En als dit wel gebeurt, stranden veel goede ideeën halverwege. Wat maakt dat een idee niet alleen wordt uitgevoerd, maar ook verder wordt ontwikkeld wordt en gekopieerd? Er zijn zorgorganisaties waar het ondanks alle belemmeringen toch gelukt is. Wat hun succes heeft bepaald? Laat je inspireren door de co-auteurs die het, soms met vallen en opstaan, hebben ervaren [De ingrediënten zijn er wel.](#)



[Nu nog eetbare soep!](#); Bert Bakker.

Het begint bij het idee. De kans dat het idee levensvatbaar is, is groter als de ontwikkeling in co-creatie met klanten en andere stakeholders gebeurt [Klantgedreven zorginnovatie](#), Sjors van Leeuwen. Als vanaf het ontwerp rekening wordt gehouden met de behoeften van ALLE gebruikers, én als zij in het ontwikkelproces worden betrokken, dan is de kans groter dat zij het eindresultaat daadwerkelijk gaan gebruiken [Design for Happiness](#), anders innoveren!, Marise Schot. Hiervoor zijn ontwerpmethodieken cruciaal, zoals contactmapping [kruip in de dromen van je klant](#), Ingrid Wendel, het werken met gecombineerde methodieken in samenwerking met de patiënt [Health Lab, een living lab benadering](#), Miriam Reitenbach en [Co-creatie bij innovatie](#) van Annemarie Hensen inclusief een goede vraagarticulatie [Fieldlab als hart van 'user centered development' in de care](#), Lars Nieuwenhof>>.

Innoveren is niet iets om er bij te doen. Voor de ontwikkeling van een innovatie moeten randvoorwaarden worden geregeld op bestuurlijk niveau [Gooi innovaties niet te grabbel](#), Edwin Leutscher. Er moet een degelijke projectstructuur worden neergezet en voldoende budget beschikbaar zijn. Niet alleen om de innovatie te ontwikkelen, maar ook voor de implementatie en voor de instandhouding van de innovatie. Het is daarom van belang om van meet af aan na te denken over alle facetten van het toekomstige business model. Het business model canvas is hierbij een handige tool, zie link naar [business model canvas](#), Antonio A. Tjak. Een shortlist van do's vind je in de vijf V's, beïnvloedbare factoren, waar de innovator beter rekening mee kan houden [Voorop bij zorginnovatie](#), Rene Luigies.

Veel innovaties gaan over de grenzen van de organisatie heen. Samenwerkingsproblemen tussen ketenpartners vormen helaas vaak

een faalfactor in het innovatieproces. Systeemdynamica kan als tool worden gebruikt om de werking van de ketens te optimaliseren [Systeemdynamica als bewezen methodiek](#), Bart Karssen.

Ook de interne organisatie is en blijft van belang. Bij het ontbreken van de wil tot samenwerking tussen afdelingen, kan de innovator het wel vergeten. Deze randvoorwaarde is met een aantal veranderkundige ingrepen goed te realiseren [Samenwerking is cruciaal](#), Fred van Es. Uitgaande van goede interne samenwerking speelt tot slot nog een aantal succesfactoren in het proces, zoals de rol van de leidinggevende en de aanpak van het project [Succesfactoren zorginnovatie](#), Caro Goudriaan.

Het uitrollen van een innovatie gaat in de zorg vaak moeizaam.

Voorbeeld hiervan is de mammapoli (1994 in Delft): het kostte 15 jaar voordat 80% van de ziekenhuizen een mammapoli hadden opgezet. En voor de zorg is dat snel: ZonMw heeft

uitgerekend dat brede adoptie van een innovatie gemiddeld zelfs 18 jaar duurt. Er zijn best practices op tal van terreinen maar ondanks applaus vindt brede invoering (vrijwel) niet plaats. Hiervoor zijn tal van redenen aan te dragen, zoals het ontbreken van ICT standaarden zodat data-uitwisseling niet of met moeite mogelijk is. Er zijn mogelijkheden om dit aan te pakken "[Doen wat we weten](#)": [het kan, het moet!](#), Wim Schellekens. Er zijn ook heldere spelregels te maken zodat data uitwisseling wel mogelijk is [Succesfactoren voor E-Health](#), Willemijn Merckx. Ook kan training en scholing rond implementatie efficiënter als er meer gebruik wordt gemaakt wordt van e-learning [E-learning, door de bomen het bos vinden!](#), Mareen van Londen – van de Beek.

Zonder opschaling is er niet echt sprake van een geslaagde zorginnovatie. Waarom is dit zo belangrijk? Omdat innovatie pas echt meerwaarde (social return

on investment) oplevert als deze grootschalig wordt benut, hoe aansprekend de resultaten van lokale initiatieven ook mogen zijn. Slechts na opschaling wordt effectief omgegaan met ontwikkelkosten, zorgkwaliteitswinst, efficiency en schaalvoordelen. En dan nog kunnen kosten voor lokale implementatie van een innovatie fors zijn. Innovatie in de zorg vindt namelijk nooit geïsoleerd plaats. De organisatie en andere belanghebbenden veranderen op meerdere dimensies mee om de innovatie goed in te bedden in de praktijk. Bij een enkele lokale implementatie van een innovatie komen dus al gauw complexe processen kijken: werkprocessen die moeten worden aangepast, koppelingen met bestaande systemen die moeten worden gemaakt, bekostiging die moet worden afgesproken.

Denk hierbij ook eens aan samenwerking met het MKB. Lex van der Wolf beschrijft zijn ervaringen met

Innovatieve Acties Brabant. Dit is een programma met het doel om de druk op de zorg te verminderen wat daarbij de mkb ondernemer als gangmaker ziet. '[Het mkb als aanjager van zorginnovatie](#)', Lex van der Wolf.

De meest wezenlijke slaagfactor die door de co-auteurs is ingebracht is **passie voor de zorg**, van waaruit men volhardt in het vinden van een oplossing voor de problemen die voorafgaan aan succes.

⁽¹⁾ Waar 'hij' of 'zijn' geschreven staat, kan zonder meer ook 'zij' of 'haar' gelezen worden. 'De gebruiker' bestaat niet en 'gebruikers' zijn net zo gevarieerd als mensen dat zijn.

⁽²⁾ 2010, V. Govindarajan auteur van *The Other Side of Innovation, Solving the Execution*



Zorg 2025 – Vitaliteit en de kunst van het ouder worden

Een maatschappij met vitale ouderen is noodzakelijk en duurzaam beter. De vraag anno 2012 is hoe kunnen we onze goede zorg behouden en nog verder verbeteren, zonder dat het nog meer kost dan de huidige 25% van ons inkomen? Het zorgmodel van 2012 is niet meer duurzaam vol te houden. De welvaartsmaatschappij die we in de jaren 50 zo succesvol creëerden kraakt in haar voegen. We zitten in een neerwaartse spiraal: we worden steeds ouder, met steeds minder jongeren. De jongeren moeten steeds meer in de zorg werken, waardoor er steeds minder productiviteit en geld is om onze toenemende welvaartpremies te betalen. Dat gaat zo niet langer. Tijd om nog eens goed te kijken naar ons welvaartsysteem; hoe een solidaire maatschappij te combineren met de grote veranderingen in leeftijd ?

De auteur van dit hoofdstuk is Steven Hanekroot

De leeftijdsveranderingen: In 1950 was de gemiddelde leeftijd 61 ¹ en waren er 900.000 65+ers. In 2011 was de gemiddelde leeftijd 77 en waren er 2,7 miljoen 65+ers. In 2025 verwacht men dat de gemiddelde leeftijd 81 is

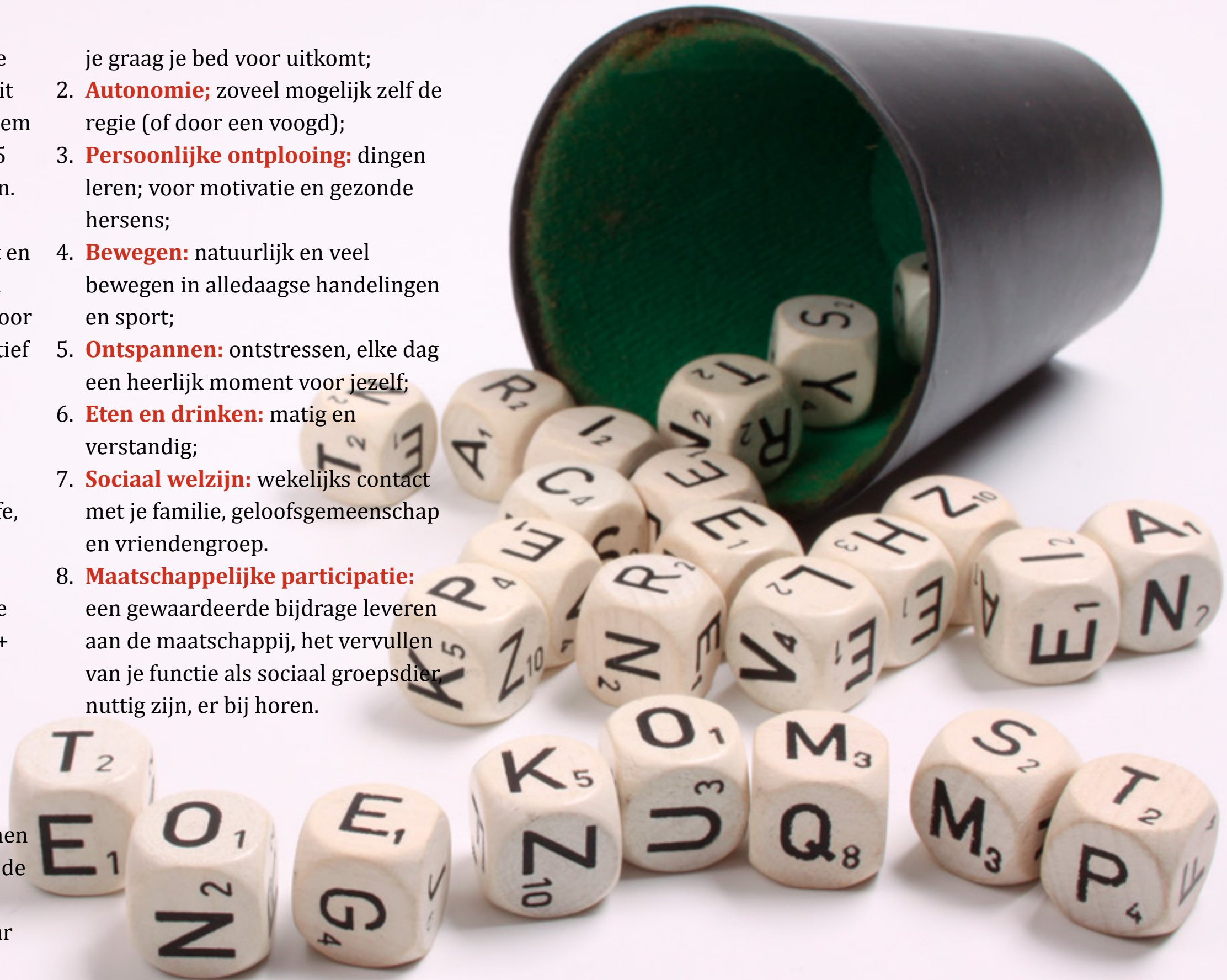
en dat er 3,8 miljoen 65+ers zijn. De 65+ers van toen zijn dus te vergelijken met de 81+ers van nu en de 85+ers van 2025. In 1950 was het een mooi, sociaal en betaalbaar idee om solidair te zijn met de ouderen, en

hun pensioen door de werkenden te laten betalen. Door de oorlog was dit ook extra nodig. In 2012 is dit systeem een zware last geworden en in 2025 zal het nauwelijks op te brengen zijn. Het systeem is niet langer mooi en solidair. De groep 65+ers is te groot en de kosten zijn te hoog. Ouderen zijn nu bovendien veel gezonder, waardoor zij nog prima kunnen werken en actief deelnemen aan de maatschappij. Net als in de sixties, toen onze toenemende welvaart een nieuwe generatie van adolescenten de gelegenheid gaf om hun recht op 'life, liberty & the pursuit of happiness' op te eisen, komt er door onze gezondheidswelvaart nu een andere nieuwe generatie die dit eist: de 75+ ers.

De 75+ invulling van life, liberty en de pursuit of happiness blijkt in de praktijk het best te lukken met vitaliteit. Diverse onderzoeken² tonen aan dat een vitaal leven, bestaat uit de volgende ingrediënten:

1. **Zingeving:** een doel hebben waar

- je graag je bed voor uitkomt;
2. **Autonomie;** zoveel mogelijk zelf de regie (of door een voogd);
 3. **Persoonlijke ontplooiing:** dingen leren; voor motivatie en gezonde hersens;
 4. **Bewegen:** natuurlijk en veel bewegen in alledaagse handelingen en sport;
 5. **Ontspannen:** ontstressen, elke dag een heerlijk moment voor jezelf;
 6. **Eten en drinken:** matig en verstandig;
 7. **Sociaal welzijn:** wekelijks contact met je familie, geloofsgemeenschap en vriendengroep.
 8. **Maatschappelijke participatie:** een gewaardeerde bijdrage leveren aan de maatschappij, het vervullen van je functie als sociaal groepsdier, nuttig zijn, er bij horen.



Tsja, het is dus niet echt baanbrekend nieuws. Dit geldt eigenlijk wel voor iedereen. Voor zwakke ouderen blijkt het echter veel urgenter te zijn. Doen zij deze dingen niet dan nemen de kansen op ziekte en functieverlies enorm toe. Tegelijkertijd geldt voor iedereen dat hoe eerder je volgens bovenstaande punten leeft, hoe minder schade je lichaam opbouwt, hoe ouder je gemiddeld wordt.

In revalidatieklinieken en GGZ zijn veel van deze punten al heel gewoon, maar in veel andere takken van zorg niet. In de verzorging en verpleging streeft men er vaak naar het leven zo aangenaam mogelijk te maken door de gebreken op te vangen, de cliënt te verwennen en zaken uit handen te nemen. In de praktijk blijkt dit de vitaliteit te ondermijnen. In de cure kan aandacht voor deze punten de patiënt helpen om te herstellen en functieverlies te voorkomen, zeker bij ingrijpende aandoeningen.

Dat actief blijven belangrijk is, blijkt

ook uit het gegeven dat het voor de gezondheid van ouderen met een hoog risico op valincidenten, een veel voorkomende doodsoorzaak, het beter is om actief te blijven, dan om op bed te blijven met preventieve vrijheidsbeperkende maatregelen. Inspirerend om te zien zijn de voorbeelden uit de blue zones, gebieden in de wereld waar mensen 10 jaar ouder worden dan het Westers gemiddelde en bovendien veel langer gezond blijven. Er wonen veel vitale 100+ers en de vitaliteitsprincipes worden volop toegepast. Het leven van ouderen is er goed – kijk zelf op google en www.bluezones.com.

Vitale ouderen zijn gezonder, productiever en waardevol

In 2012 zitten veel 75+'ers vooral tv te kijken en zich te vervelen. Het vrijwilligerswerk dat ze nog mogen doen (veel werk mag niet meer na 75) is vaak afstompnd en een fractie van wat ze kunnen. Ze worden veelal topdown aangestuurd door een jongere, die minder wijs en ervaren

is en ze niet als gelijke behandelt. Zo verkwisten we kostbare resources en maken ouderen minder gelukkig.

In 2025 gaat dat anders. Ouderen zorgen voor de productiviteitsgroei. We gaan de vaste pensioenleeftijd loslaten. Het werk dat ouderen doen is aangepast aan hun mogelijkheden en de vitaliteitspunten. Ouderen stellen zich flexibeler op, blijven langer doorleren en actief deelnemen aan de maatschappij. Ze doen dit door voortschrijdend inzicht, genieten, eigen belang, survival en solidariteit. Veel aspecten die fysiek echt niet meer gaan kunnen virtueel worden opgevangen bijvoorbeeld via zorg op afstand en computer.

Natuurlijk zijn er ook nog ouderen die mentaal de stap naar vitaliteit niet kunnen of willen maken. Goede zorg zal deze groep blijven opvangen en kleiner maken.

De neerwaartse spiraal wordt zo getransformeerd in een

opwaartse, en de door de zorg zo geweldig gewonnen levensduur en productiviteit worden niet langer te niet gedaan door het ooit zo mooie pensioenstelsel. De crisis van 2012 wordt weggeblazen door een zilveren motor.

Alle generaties profiteren van vitaliteit

De jongere generaties profiteren ook van de vitaliteitstoename. Het lukt beter om mensen langer door te laten werken als zij en hun organisaties de vitaliteitspunten in acht nemen. Het ouderwetse maar in 2012 nog veelgebruikte topdown command & control management maakt steeds meer plaats voor een meer autonome manier van werken, zoals Buurtzorg en ZZP netwerken nu al laten zien. En zoals doorwerkende 65+ers nu werken; ze vinden hun werk leuk en hebben er zelf regie over. Deze manier van werken is langer vol te houden en precies de manier van werken die ook de jongere generaties willen.

In gemeenschappen met vitale ouderen zien we dat de jeugd gezonder is en meer begeleiding krijgt. Dat ouders met vitale oma's en opa's zelf ook een langere levensverwachting krijgen. 65+ uitzendbureaus worden steeds populairder en steeds meer ouderen ontdekken hoe zij prettig aan de gang kunnen blijven.

Hoe eerder mensen leven volgens de vitaliteitspunten, hoe ouder, vitaler, gezonder en productiever ze worden en hoe lager hun zorg- en pensioenkosten. Vitale ouderen inspireren de jongeren.

Zorg krijgen wordt interactiever, socialer en meer evidence based

Een hartekreet van vitale zorgvragers zal worden ingevuld: de regie van de zorgvrager komt centraal te staan. Vanuit een persoonlijk vitaliteitsbeeld maakt de patiënt samen met zorgverleners keuzes in behandelingen en eventuele ondersteuning. Zorgverleners maken

duidelijk welke mogelijkheden en consequenties er zijn. Vooral op basis van inhoudelijke argumenten. Patiënten zelf zullen vaker en breder kijken op internet naar informatie, nieuws, internationale specialisten en soortgelijke gevallen. Zij voeren actief en goed geïnformeerd de regie over hun zorg.

Voor chronische zorgvragers zal de verzorging vitaliteit ondersteunen. Hun zorgplan gaat in op de domeinen van de vitaliteit, een logische aanvulling van bijvoorbeeld de domeinen van het zorgleefplan. Zingeving is het uitgangspunt, net als nu in de revalidatiezorg. Mantelzorg en cliënt worden goed betrokken bij het opstellen van het zorgplan en het uitvoeren daarvan³. Door de aandacht ook op de vitaliteitsaspecten te richten, worden sociale verbanden hersteld en neemt mantelzorg en zelfredzaamheid toe. Door internet en technologie, zoals e-health, health apps en zorg op afstand komen er steeds meer zorgmomenten en

zorgmogelijkheden. Zorgvragers krijgen meer persoonlijke aandacht vanuit hun omgeving. Waar nodig helpt de professionele zorg met sociaal actief zijn en het onderhouden van contacten.

Recente studies wijzen uit dat met betere zorgplannen en vitaliteit niet alleen de kwaliteit van zorg en leven toeneemt maar dat ze ook forse kostenbesparingen mogelijk maken^{2,4}.

Werken in de zorg wordt zelfstandiger, leuker en veelzijdiger met een transparante verantwoording

Zorgverleners zullen in 2025 steeds meer werken volgens de principes van Buurtzorg en Dan Pink: met autonomie, groei in het vak en zingeving als motivator.

Toyota en vele anderen bewezen al decennia geleden dat kwaliteit en prijs het best zijn als de werker op de vloer, de zorgverlener, het werk in een keer goed doet. Hierbij worden de beste

resultaten steeds weer geboekt als de zorgvrager en zijn zorgproces centraal staan en de organisatie de organisatie de zorgvrager-zorgverlener samenwerking goed ondersteunt.

De bureaucratie neemt sterk af door een transparante verantwoording. De industrie heeft aangetoond dat systemen van wederzijds wantrouwen tussen betaler en leverancier, zoals ons zorgsysteem, niet goed werken. Het aantal controleurs ging het aantal productieve werknemers overtreffen, terwijl continuïteit en marge afnamen, met faillissementen, kapitaalsvernietiging en hoge kosten tot gevolg. Het co-supplier principe⁵ werkt beter: transparantie & inzicht in de werkelijke productie, waardoor minder controleurs nodig zijn, minder dubbel werk en administratie, reële prestatietargets, continue verbetering, redelijke marges (ca 10%) en betere kwaliteit en kosten.

In de zorgfinanciering betekent dit dat zorgverlener en zorgvrager aan het



roer staan. Zij weten wat er nodig is. Bij kostbare zaken is er overleg met de financier. Een lokale budgetbeheerder⁶ met zorgachtergrond zorgt dat het beschikbare budget eerlijk verdeeld wordt. Signalen van zorgverlener en zorgvrager over hoge kosten en misstanden worden serieus opgevolgd, net als in de Toyota productielijn, wanneer een medewerker op de stopknop drukt. Incidenteel is dit kostbaar, en wordt het daarom in 2012 weinig gedaan, maar structureel sterk kostenbesparend en kwaliteitsverhogend. Er zijn heldere richtlijnen voor productiviteit, kwaliteit en kosten. Er wordt transparant verantwoord wat er gedaan wordt in tijd, handelingen, bijzonderheden en resultaat, waardoor verschillende zorgmethodes met elkaar kunnen worden vergeleken, en het snel duidelijk wordt wat best practices zijn en wat een verandering of innovatie nu verbetert en verslechtert. Er wordt steekproefsgewijs gecheckt of aan de

richtlijnen wordt voldaan. Innovaties verlengen het leven en reduceren in 2025 ook de kosten.

In 2012 komen vooral de innovaties in de zorg naar voren, die goed zijn voor de gezondheid en de inkomsten van de zorgindustrie. Zelfs als middelen goedkoper worden, ziet VWS meestal het volume zodanig groeien dat de totale kosten toenemen. Dat kan alleen duurzaam als de gezondheidswinst ook weer omgezet wordt in productiviteit.

Veel innovaties die kostenverlagend werken komen nu niet door het systeem. Ketenproblemen en perverse financiële prikkels zijn veel voorkomende obstakels. Het eerder genoemde transparante co-supplier-verantwoordingsysteem zal zorgen dat duidelijk is wat de echte prestaties en toegevoegde waarde zijn van innovaties en veranderingen. Hierdoor komen ook de kostenbesparende en budgetverlagende innovaties naar voren

Een bonussysteem voor innovaties die leiden tot verbetering, met name die vanuit het veld, leidt tot een verdere toename van kwaliteit en efficiency en reduceert verspillingen als onnodige zorg, dubbel werk, onvoldoende preventie, te laat ingrijpen, wachten en onnodige omsteltijd & overdracht (veel korte momenten waar steeds opnieuw ingelezen en opgeschreven moet worden).

Conclusie: In 2025 leven we langer, leuker en vitaler en zijn senioren de nieuwe kracht achter onze economie

De crisis van 2012 maakt duidelijk dat we niet door kunnen gaan met het oude systeem. Voor velen wordt het pijnlijk om de verworven rechten los te laten en fris naar een nieuwe manier te zoeken om onze maatschappij solidair en welvarend te maken. Het antwoord ligt in een vitale en actieve oude dag. Als je meeloopt in de ouderenzorg dan voel en zie je de kracht van vitaliteit en de problemen als deze verloren gaat.

Om actief te blijven na je 65e moeten er aardig wat wetten en regels worden aangepast en is er een maatschappelijke bewustwording nodig. En zoals Goethe al zei: *als je weet wat je zoekt, dan heb je het gevonden*.

Door bewust te worden van de kracht van vitaliteit, en deze te integreren in onze zorg en samenleving kunnen we de bankencrisis oplossen en een zorg- en pensioencrisis voorkomen.

Gezien de economische cijfers kunnen we dat niet alleen, maar moeten we dat ook doen om onze welvaart te behouden. En gezien onze cultuur van nuchtere levensgenieters denk ik dat we hier, na enige aarzeling, vol voor gaan en dat het ons land gelukkiger, welvarender en ouder zal maken dan ooit te voren.

⁽¹⁾ Gegevens van CBS statline, gemiddelde leeftijd bij overlijden.

⁽²⁾ Blue zones – Dan Buettner; *The surprising science of human motivation*

– Dan Pink; www.leydenacademy.com; Safar Niamat - afstudeerscriptie "Procesoptimalisatie en e-mental health" - VU oktober 2011; Dr. van Loveren-Huyben - *Ontwikkeling in verzorgingshuizen?*, 1995 ; Marc Pomp - *Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek*, dec 2011 UMCG; *5 step Alzheimer prevention plan* - Dr. Majid Fotuhi assistant prof. Harvard & neurologist, Schacklock & Verdugo, *domeinen kwaliteit van bestaan*, 2002.

⁽³⁾ Sensire – Claudia Jansen; *zorgvuldiger intake geeft 20% meer tijd voor zorg*.

⁽⁴⁾ *Het Spectrum – Integrale Domotica-zorg geeft meer zelfredzaamheid, vitaliteit en 30% meer tijd voor zorg*.

⁽⁵⁾ Jeffrey Liker – *the Toyota Way*; het toonaangevende boek over LEAN.

⁽⁶⁾ *Het liefst zoals de 'beslut' ambtenaar in Zweden, een zorgverlener die een eed gezworen heeft en een deel van haar tijd invult met budgetbeheersing en indicaties, en een deel meewerkt als zorgverlener aan het bed*.



Advies aan de patiënt, familie en diens mantelzorg

Laten we allereerst voorop stellen: de overgrote meerderheid van de mensen binnen het huidige zorgsysteem zit elke dag weer met de beste intenties hun taak te vervullen. Dit systeem levert ons een van de beste zorg in de wereld. We zijn dit jaar zelfs weer nummer 1 van Europa geworden volgens de Euro Health Consumer Index (EHCI).

De auteur van dit hoofdstuk is Bob Mulder

Vergeleken met de rest van de wereld doen we het dus niet zo slecht. Maar er is nog veel te winnen. We zijn nog lang geen blue zone (zoek naar Dan Buettner op Ted.com), waar mensen gemiddeld 12 jaar ouder worden én een hoge mate van welzijn ervaren. Daarnaast dreigen we te bezwijken onder de kosten van ons zorgsysteem. Althans als we op termijn ook nog andere dingen willen in het leven zoals eten, wonen en educatie.

Er is nog veel te verbeteren en het beeld dat tot nu toe naar voren komt is dat degenen van wie dit zorgsysteem is, namelijk degenen die de zorg afnemen en degenen die het betalen op dit moment maar mondjesmaat betrokken worden en bitter weinig invloed kunnen uitoefenen, noch qua prijs-prestatie noch bij de ontwikkelingen ervan.

Potentieel van beschikbare innovaties

Er ligt een groot aantal innovaties klaar, die op kleine schaal hun effect hebben bewezen. Tot nu toe blijft landelijke uitrol van deze innovaties echter achterwege. Terwijl daarmee enorme slagen mee te maken zijn.

Iedere Nederlander wordt vroeg of laat zorggebruiker, de meesten gelukkig incidenteel, sommigen structureel en zeker bij het ouder worden. Elke Nederlander boven 18 jaar betaalt voor deze zorg, via premies en belastingen. De burger betaalt ongeveer 75% van de totale zorgkosten en bedrijven de overige 25%.

- Het CPB heeft berekend dat een modaal gezin in 2010 meer dan 23,5% van het bruto inkomen kwijt was aan verplicht verzekerde zorg. En daar komen nog contante zorguitgaven bij.
- Dat het potentieel van zorginnovaties belangwekkend is, kunt u lezen in het artikel over

Facts & Figures.

- Als de trends zich voortzetten wordt een zorgaandeel in het bruto inkomen 50% voorspeld. Alsof er NIETS aan te doen is.

Financieel economisch zien we de volgende punten:

- Als we het in Facts en Figures genoemde potentieel aan zorginnovatie zouden kunnen realiseren, praten we over bedragen van €350 per maand voor een tweeouder gezin.
- Wij zullen als patiënt en premiebetaler harder moeten gaan afdwingen dat de discussie verlegd wordt naar zulke hoofdzaken voordat relatieve bijzaken als het wel of niet verhogen van het eigen risico van €200 naar €440 per jaar aan bod komen.
- Of wat dacht u van de discussie die ontstaan is over 'hoeveel is een mensenleven waard'? Eerst de zorginnovatie succesvol op orde en dán pas deze discussie als dat nog nodig blijkt te zijn...

- Meer geld voor de zorg kan bovendien eigenlijk niet eens een discussie zijn, en zeker niet in de orde-grootte zoals die voorspeld wordt: als zo'n 4% BBP stijging voor de pensioenen onhaalbaar is, met €1.200 miljard aan gereserveerd geld, waar moet in dezelfde periode 15% BBP stijging voor de zorg vandaan komen?
- En 'de vergrijzing'? Die veroorzaakt maar 16% - 25% van de kostenstijgingen.

Kwalitatief zien we de volgende punten:

- Van zorgfabriek terug naar eigen regie en zelfredzaamheid, gebaseerd op persoonlijke behandelplannen;
- Focus verleggen naar vitaliteit, preventie en welzijn;
- Van geen invloed naar meer invloed door middel van nieuwe coalities, communityvorming en/of formele organisaties als corporaties
- (Keten)zorgprocessen rondom de patiënt en cliënt organiseren;

- Vermindering van dubbele of onnodige behandelingen;
- Kortom: niet alleen de cliënt/patiënt centraal, maar ook als factor van betekenis die de toekomst van de zorg meebepaalt.

Welke rol zien we voor de burger als patiënt-mantelzorger-premiebetaler

Voor het gemak vatten we de burger samen als premiebetaler, die wellicht ook mantelzorger is of wordt en op een of meer momenten korter of langer zorgafnemer als patiënt of cliënt wordt. Ons huidige zorgsysteem genereert geen structurele oplossingen voor de geschetste uitdagingen. Daarom zullen wij als burger een nieuwe stem in de zorg moeten ontwikkelen, naast overheid, zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

Dat betekent een emancipatie naar eigenaar van het zorgsysteem: overheid en zorg-aanbieders zijn immers dienstverleners hierin. En het betekent ook een betere organisatie

om deze stem luid en duidelijk en vooral onafhankelijk te laten horen.

Allereerst is een omslag in denken nodig: we moeten beseffen dat dit zorgsysteem van en voor ons is. Momenteel lijkt het systeem meer op autonoom proces van haar dienstverleners, zijnde overheid, zorgverzekeraar en zorg-aanbieder.

En bij de overheid, zorgverzekeraar en zorg-aanbieder werken... gewoon weer burgers. Dus uiteindelijk heeft iedereen belang om ons eigen zorgsysteem te temmen en ons te laten dienen.

Wat doet de patiënt nu wel en niet
Wij zullen onze krachten moeten bundelen in nieuwe en bestaande gremia zoals Consumentenbond, NPCF en andere organisaties. Belangrijk daarbij is dat deze stem onafhankelijk is, en op ons burgerbelang gericht is. Een soort vakbond, maar dan voor de zorgnemer. Met gebruikers en financiers, u en ik allemaal.

Als wij ons succesvol organiseren, dan ontstaat er ook een platform van waaruit we aan kunnen geven hoe we het hebben willen. Er wordt in Nederland en in het buitenland erg veel onderzoek gedaan naar wat goed werkt en wat dat kost. Zou het niet mooi zijn om op basis van gelijkwaardigheid zulke onderhandelingen te starten?

Welke innovaties zijn van belang
Alle innovaties die de kwaliteit van de zorg verbeteren en tegelijkertijd de kosten reduceren zien wij als belangrijk. Denk aan procesinnovaties, arbeidsbesparende technologie, goed functionerende ketenzorg, het voorkomen van dubbele behandelingen en het voorkomen van andere verspillingen.

Hoe zouden we tot continue dialoog kunnen komen over innovaties
Vindt u het niet jammer te horen dat er elders slimme dingen worden gedaan die niet bij u te krijgen zijn? Een goed functionerende “zorgnemer

Organisatie” kan helpen daar veranderingen in aan te brengen. Door om te beginnen concrete oplossingen te verwachten. Door zaken transparant te maken en te kijken naar best practices en te vergelijken met oplossingen in het buitenland. Met de slagkracht van een Consumenten Bond die regelmatig publiceert wie de beste waren voor ons geld leveren.

Dit leidt tot de volgende conclusies

- Niets wijst erop dat ons huidige zorgsysteem duurzaam te handhaven is. De kostenstijgingen zijn sowieso niet te handhaven maar het systeem levert op termijn niet de producten en diensten die we als burger nodig hebben. De afnemer speelt een te kleine rol in het bepalen van deze producten en diensten en het verandervermogen van ons systeem is te laag. Veranderingen die bovendien vaak niet autonoom plaatsvinden en meestal gevoed moeten worden

met externe subsidies. Omdat resultaten niet van vandaag op morgen zijn te verwachten kunnen we niet snel genoeg beginnen.

- De bestaande partijen binnen de zorg, zijnde overheid, zorgverzekeraar en zorg-aanbieder hebben belang bij het ontstaan van een gelijkwaardige gesprekspartij die patiënt en premiebetaler vertegenwoordigt. Dat lijkt misschien niet zo, maar uiteindelijk is iedereen ook burger en (toekomstig) patiënt en de uitdagingen zijn domweg te groot om de zaak op z'n beloop te laten. Niemand is erbij gebaat dat de onmacht van de afgelopen decennia zich ongehinderd voortzet.
- Patiënten en premiebetalers hebben in elk geval belang bij een krachtige en onafhankelijke vertegenwoordiging die hun belangen najaagt. En dat is niet de overheid, anders waren vakbonden of een Consumentenbond nooit nodig geweest. De overheid moet primair voor stabiliteit zorgen en

dat staat op gespannen voet met de uitdagingen waar de zorgsector zich voor gesteld ziet.

Daarom komen we tot de volgende aanbevelingen:

- Alle partijen hebben er belang bij dat de zorgconsument zich organiseert en een sterke factor wordt. Dit kan bijvoorbeeld door de oprichting van een of meerdere onafhankelijke zorgnemers bond(en), vrij van enig bemoeienis door de overheid. Zoals een vakbond of de Consumenten Bond. Het lidmaatschap wordt direct door de burger/patiënt/cliënt aangegaan, en om snelle en duurzame vorming te stimuleren zou de burger bijv. vijf jaar lang kunnen kiezen om een gedeelte van de eigen zorgpremies voor dit lidmaatschap aan te wenden. Daarna moeten de zorgnemers bonden hun toegevoegde waarde bewezen hebben en zichzelf

onafhankelijk staande kunnen houden.

- Deze nieuwe organisatie kan dan samen met de landelijke koepels en patiëntenverenigingen zicht houden in coördinerende/toetsende zin van hetgeen landelijk op collectiviteitsniveau gebeurt, en het verstevigen van meldpunten, politieke lobby, en inzichtelijk maken/verder uitbouwen van initiatieven zoals Zorgkaart Nederland.
- Ook het betrekken van patiënten in communities heeft positieve effecten op de kwaliteit van zorg en op de kosten. Mijnzorgnet is daar een heel mooi voorbeeld van. Ook zien we toenemend innovatievoorbeelden waarbij patiënten meer onderdeel vormen van het behandelteam. Door de oprichting van cliënten/patiënten corporaties voor specifieke

groepen, waarbij het bestuur en leden worden gevormd vanuit de cliënten/patiënten, kunnen deze corporaties (ondersteund door zorgverzekeraars) de zorg inkopen en beoordelen.

- Wat u voor uw eigen gezondheid kunt doen is mooi uiteengezet in het artikel "Zorg 2025 - Vitaliteit en de kunst van het ouder worden".



Advies aan zorgaanbieders

Waar het bedrijfsleven al enige decennia terug genoodzaakt werd om flexibel en innovatief mee te bewegen met een veranderende wereld, is dit voor zorginstellingen een relatief nieuw fenomeen. En om de vergelijking maar even door te trekken: nadat het (private) bedrijfsleven er 20-30 jaar over gedaan heeft om innovatievermogen op te bouwen, mag de (publieke) zorgsector een vergelijkbaar kunststuk in pakweg 10 jaar realiseren. Uiteraard gaat de vergelijking op heel wat punten mank. Toch lijkt het wijs om enige compassie te tonen waar taaiheid, stroperigheid, kortzichtigheid, behoudendheid, risicomijdendheid en andere innovatieremmers in de zorg de kop op steken. Innoveren is te leren, maar het kost wel tijd voordat mensen en organisaties dat vertaald hebben in krachtige en effectieve routines.

De auteur van dit hoofdstuk is Lieke Hoogerwerf

Er is nog een reden om niet al te schamper te doen over de innovatiekracht van zorginstellingen. Die reden is dat innoveren lange tijd niet tot de taak van doorsnee zorgprofessionals gerekend werd. Daarvoor was immers de (medische) wetenschap bedoeld.

De vruchten daarvan dienden via de beroepsopleidingen en via streng gereguleerde inzet van hulpmiddelen en medicijnen op gecontroleerde wijze naar de praktijk gebracht te worden. Eenmaal opgeleid, diende men conform de beroepsmaatstaven te werk te gaan en juist vooral niet



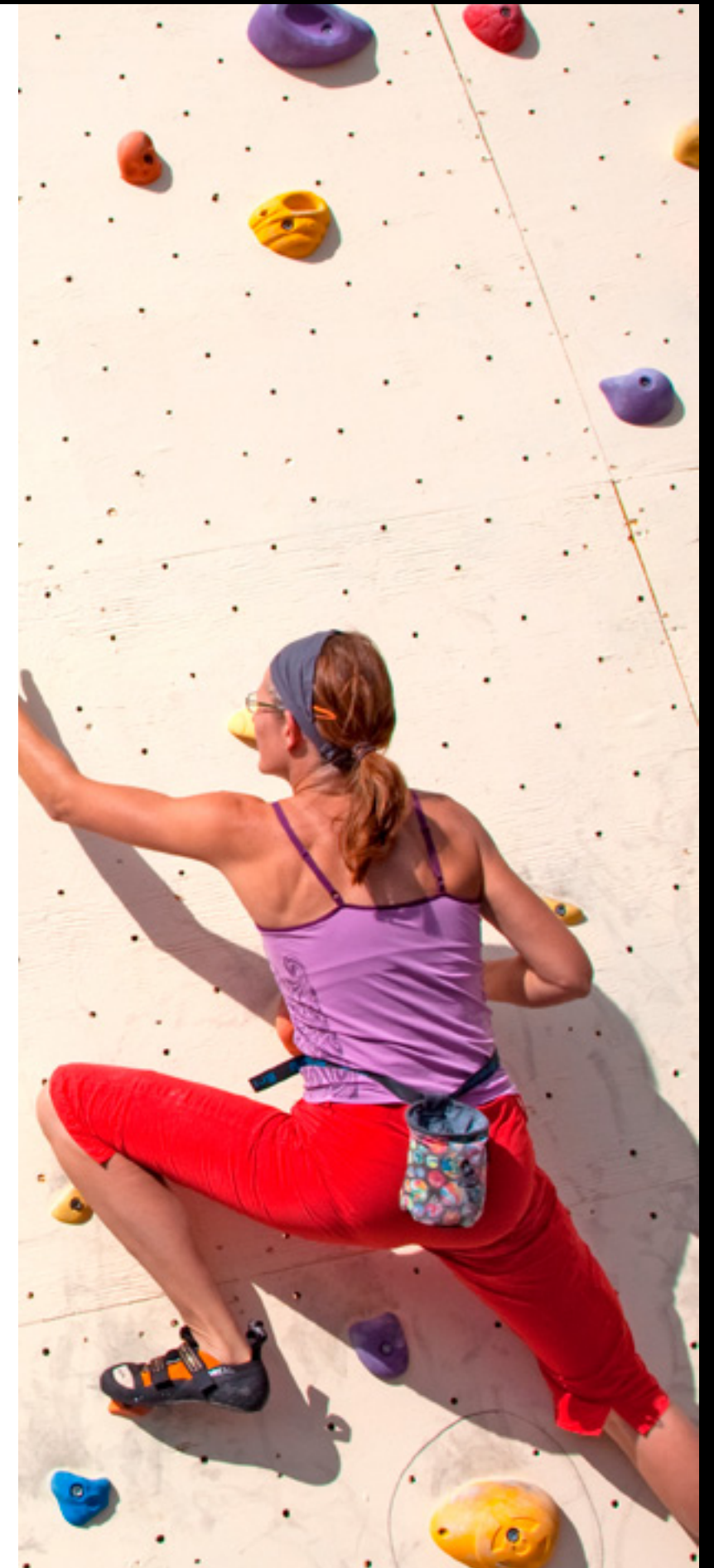
al te creatief te worden. Nieuwe werkwijzen werden bij voorkeur via nascholing overgedragen en ingevoerd.

Veel van de innovaties in dit boek betreffen juist niet de beroepsuitoefening door de zorgprofessional maar richten zich op andere zaken. De afstemming op de vraag van cliënten en patiënten, de communicatie en informatievoorziening, nieuwe vormen van dienstverlening, het stroomlijnen van processen, de kwaliteit van informatie en besluitvorming, de toepassing van ICT, het samenwerken in ketens en netwerken, het vormen van patiëntcommunities, het sturen op preventie en vraagreductie door verzekeraars.

Kortom, allemaal vraagstukken van organisatie. Innoveren is goeddeels organiseren. Zoals onze landelijke zorgheld Bas Bloem het treffend formuleerde: 'niet de implementatie van innovatie is de uitdaging,

het gaat om de innovatie van de implementatie'. Zorginstellingen staan voor de opgave om nieuwe manieren te vinden om relevante kennis en technologische mogelijkheden te verbinden met bestaande zorgpraktijken. Om zorginhoudelijke innovaties te verbinden met organisatieontwikkeling. Om nieuwe zorgpraktijken te stichten en bestaande praktijken om te bouwen of zelfs af te bouwen, afgestemd op maatschappelijke verwachtingen, trends en regionale ontwikkelingen. En... tijdens de verbouwing gaat de verkoop door: geen stekken laten vallen graag in de dagelijkse zorgverlening!

Wat dus kritisch wordt, is het innovatievermogen van de organisatie. Dat is het vermogen om de dienstverlening continu te verbeteren of zelfs (radicaal) te veranderen. Gezien de uitdagingen waar de zorgsector voor staat, lijkt het niet overdreven om stevig te investeren in dit vermogen.



Deeladviezen zijn:

- Geef innovatie professionals de ruimte – met name degenen die gezag genieten binnen uw organisatie en binnen de eigen beroepsgroep.
- Ontwikkel routes en routines om met medewerkers, patiënten/ cliënten, ketenpartners, overheden, kennisinstellingen, private partijen en investeerders niet alleen pilots uit te voeren, maar ook duurzame praktijken te realiseren.
- In de opleidingen van artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners zou meer rekening moeten worden gehouden met de rol van de patiënt/cliënt als partner en co-producent.
- Investeer in sociale innovatie: daag medewerkers uit om hun werk slimmer te organiseren, overbodigheden eruit te halen en met innovaties aan de slag te gaan. Dit alles gericht op betere zorg en betere kwaliteit van bestaan.
- Geef stem aan zorgvragers: benoem een ‘chief listening officer’, breng met zorgvragers de zorgpadbelevingen in kaart, breng met hen in kaart waar zij in hun leven met zorg ‘echt iets aan hebben’ en waar zij behoefte aan hebben, laat hen zorginnovaties beoordelen en mee realiseren (crowd sourcing), verbind er consequenties aan.
- Maak gebruik van uw cliëntenraad: faciliteer bij- en nascholing op het gebied van zorginnovaties
- Verwerf data en maak doorbraakgerichte analyses op grond waarvan ingesleten gewoonten ter discussie gesteld kunnen worden, daag kennispartners en adviseurs hierop stevig uit.
- Stimuleer technische innovatoren om (oud)cliënten en patiënten te benaderen als een kritische consumentenmarkt of als een kritisch koperscollectief en ontwikkel op basis van groeiende inzichten relevante technische innovaties.
- Creëer en participeer in innovatieve omgevingen zoals living labs en academische werkplaatsen, ga met medewerkers regelmatig op bezoek bij inspirerende voorbeeldorganisaties en vraag inspirerende bedrijven te gast in uw organisatie.
- Sticht nieuwe praktijken naast de bestaande, zoals een anderhalfdelijnscentrum of een samenwerkingsverband in een wijk, en zorg voor (personele) uitwisseling.



Advies aan de zorgverzekeraars

Innoveren is investeren. Innoveren is exploreren. Innoveren is organiseren. Investeren, exploreren en organiseren kenmerken zich door onzekerheden, spanningen en risico's. Of het allemaal de moeite waard is, moet nog blijken. Wat de beste aanpak is, kan niemand vertellen. De besluitvorming kan zich niet alleen baseren op 'business cases'. Elke ondernemer weet dat. Het is ook een kwestie van intuïtie, gewoon doen, en vooral doorpakken.

De auteur van dit hoofdstuk is Lieke Hoogerwerf

Onzekerheden, risico's, intuïtie... hoe verhoudt zich dat tot het verzekeren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg en het binnen de spelregels verdelen van publieke gelden? Er zal altijd een stevig spanningsveld zijn vol uitdagingen, voetangels en klemmen. Toch hoeft de koers vooralsnog niet zo ingewikkeld te zijn. De sleutel zit in het positie geven aan de zorgvragers om zich uit te kunnen spreken over hun zorgbeleving en over wenselijke zorginnovaties.

Zorgvragers spreken zich op andere wijze uit dan zorgverleners en zorgverzekeraars. Nog altijd wordt de vraag naar zorg voornamelijk gedefinieerd in termen van het aanbod. Iedere zorgvrager en diens vraag wordt vereenzelvigd met de hokjes die we in ons zorgstelsel hebben aangebracht. Mevrouw heeft dementie en heeft daarom 'casemanagement', 'verblijf', 'dagactiviteit' of 'gedragsregulerende medicatie' nodig. Sinds de invoering van de

DBC's, de zorgzwaartepakketten en de toenemende sturing op kosten wordt dit aanbod door zorgverleners steeds vaker in één adem genoemd met de vergoedingscategorie. 'Mevrouw is nu ZZP 4'. 'Meneer heeft COPD; deze opname moet op DBC nummer zo en zoveel'. 'Meneer is voor het vervoer nu naar de WMO'. Voor de meest lastige zorgvragers onder ons geldt dat de hokjes niet zo passen. Meneer heeft geen forensische titel en omdat deze plek is ingekocht door justitie kan hij niet geplaatst worden in deze kliniek. En als we 'multiproblematiek' hebben, dreigen we 'tussen wal en schip te vallen'. Wederom termen die blijken geven van de dominantie van het stelsel.

Dit denken in termen van voorzieningen en regelingen maakt al snel blind voor de vraag wat in een bepaalde situatie nu werkelijk van waarde is. Dat is de vraag achter de in eerste instantie gestelde vraag naar een bepaald aanbod. Het is de vraag die veel zorgprofessionals graag

willen stellen maar waar zij in de waan van de dag vaak weinig ruimte voor ervaren. Het is de vraag waar iedere zorgvrager mee rondloopt maar relatief weinig antwoord op vindt.

Wat uit diverse innovaties in dit boek duidelijk naar voren komt, is dat van groot belang is dat zorgvragers positie krijgen (en nemen) om zich uit te spreken over de 'vraag achter de vraag' en mee te werken aan het beantwoorden daarvan. Zowel individueel, dus in de relatie met de zorgverlener, die zich dan cliëntvolgend op moet stellen en meer in dialoog treedt, als ook en vooral collectief.

Het eerste advies aan de zorgverzekeraar is daarom: breng zorgvragers zowel individueel als collectief in positie om zich uit te spreken over de vraag achter de vraag. Wat is voor hen van waarde? Stimuleer innovaties die daar op inspelen, zodanig dat de zorgconsumptie en -kosten afnemen.

Het tweede advies is om er vervolgens voor te zorgen dat er ook echt wat gebeurt met de informatie en inzichten die zorgvragers inbrengen. Wat uit dit boek nadrukkelijk naar voren komt, is dat investeringen in innovaties nog nauwelijks leiden tot duurzame rendabele zorgpraktijken. Van belang is dat innovaties na de pilotfase op een hoger plan gebracht worden door een regionale of zelfs landelijke toepassing. Voor dit 'opschalen' is cruciaal dat duidelijk is hoe innovaties inspelen op de behoeften, wensen, ervaringen en inzichten van zorgvragers.

Door zorgvragers in positie te brengen zich uit te spreken, krijgen zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars zicht op de kwaliteit van de zorg, op de vraagpatronen en de populatieontwikkeling. Dat geeft, mits de continue monitoring, dataverzameling en -verwerking slim wordt aangepakt, een veel betere onderbouwing voor innovaties en investeringen. Nog altijd is het zo dat 'business cases' worden

gemaakt op basis van her en der verzamelde data. Dit leidt er makkelijk toe dat iedere initiatiefnemer de eigen business case 'rondpraat'. Regionale en doelgroepgerichte agendering van innovaties, laat staan landelijke prioritering, wordt daardoor een heikele zaak.

Als in een regio de vraag van duizenden (ex)kankerpatiënten en hun naasten onbekend is, en vooral de vragen, belevingen, behoeften, ideeën en wensen achter de directe vraag naar behandeling en begeleiding onbekend zijn, als evenmin duidelijk is hoe deze vraag 'matcht' met de verbeter- en innovatie-ambities van het regionale netwerk van aanbieders in die regio... waar gaat innovatie dan nog over? Hoe kan er dan ooit een praktijk van strategisch zorginkopen ontstaan, afgestemd op de maatschappelijke verwachting dat we als burger in Nederland kunnen rekenen op goede en toegankelijke zorg tegen aanvaardbare kosten? En waar gaat investeren dan nog over?

Hoe kunnen investeringsfondsen en private investeerders tot goede afwegingen komen? Zo de afweging voor de pilotfase al wel mogelijk is, zal de investering dan ook kunnen leiden tot een duurzame en rendabele zorgpraktijk? Zonder inzicht in de vraag, en in het bijzonder de vraag achter de vraag, blijven innovaties een schot in het duister met geringe trefkans.

Advies aan zorgverzekeraars:

- Ga zoveel mogelijk in co-creatie met verzekerden, collectiviteiten en of andere soorten van communities van verzekerden/patiënten. Dit zorgt voor een effectievere commercie en het zorgt voor een effectiever zorginkoopproces waarbij klanten deze van ruime input (inkoopspecificaties) en feedback (ervaren kwaliteit zorgverleners) voorzien.
- Ga ook zoveel mogelijk in co-creatie met innovators. Zij ervaren zorgverzekeraars als een niet te nemen vesting.
- Durf in de relatie met verzekerden verder te gaan dan het geven van op zich mooie positieve prikkels als spaarpunten (Menzis) en/of andere ruilsystemen (Caire.nu). Geef verzekerden/patiënten eens echte invloed, zeggen- en eigenaarschap. Vorm bestaande communities (bijvoorbeeld topzorg Menzis) om naar cliënten/patiënten corporaties.
- Pak een regio c.q. stad waar alle bewezen “best of breed” innovaties worden geïmplementeerd en zorg op die manier voor opschaling met het minste risico en zekere baten.
- Help gemeenten (die ook bereid zijn te investeren) met financiering en facilitering van wijk/ buurtinitiatieven met betrekking tot zorg in minimaal de eigen dominante werkgebieden. Laat dit niet beperkt zijn tot het krijgen van sociale minima contracten maar zorg voor onderscheid op de inhoud.
- Benut het potentieel van community vorming bij

collectiviteiten (circa 70% van het marktaandeel) waar in combinatie met de belangen van de werkgever een nadrukkelijk belang ligt om te investeren in preventie. Dit in tegenstelling tot individuele verzekerden met individuele belangen.

Advies aan gemeenten

Gemeenten regelen steeds meer zorg voor hun inwoners. Met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) hebben ze hier vanaf 2007 een flinke taak bij gekregen. Die wordt in de nabije toekomst nog uitgebreid met een taak die uit de AWBZ gehaald wordt: de externe begeleiding van mensen met een handicap, in de volksmond vaak als dagbesteding aangeduid. Vanaf 2015 vindt uitbreiding plaats met Jeugdzorg, wat nu nog onder de verantwoordelijkheid van de provincies valt. Daarnaast wordt de Wet Werken naar Vermogen ingevoerd. Dit maakt het in theorie mogelijk om een deel van de schotten in de zorg op te ruimen.

De auteur van dit hoofdstuk is Caro Goudriaan

De WMO brengt een belangrijke paradigma verandering: zorg of het krijgen van hulpmiddelen, is geen automatisch recht meer. Er wordt gekeken wat nodig is in de specifieke situatie van de burger en dat wordt verstrekt. De gemeente schuift aan, aan de keukentafel om te overleggen wat nodig is. De verwachting bij deze kanteling is dat gemeenten veel gericht en dus efficiënter middelen

kunnen toekennen, waardoor op voorhand al forse besparingen zijn ingeboekt op de middelen die gemeenten vanuit het rijk krijgen.

Van burgers die een uitkering ontvangen op grond van de Wet Werk en Bijstand, mag een tegenprestatie worden verwacht. Deze tegenprestatie kan ook bestaan uit vrijwilligerswerk in de zorg of welzijn. Het belang van

de gemeente is deze mensen actief te houden en een gezonde levensstijl te bevorderen.

Gemeenten hebben van oudsher een belangrijke verantwoordelijkheid in de preventieve gezondheidszorg, met inzet van de GGD's en Welzijnsorganisaties.

Er zijn op gemeentelijk niveau minder schotten. Op de grensgebieden van de financieringsvormen zijn ze nog volop aanwezig. Bijvoorbeeld: Effectieve lifestyle interventie programma's van de GGD leveren geld op voor de Zorgverzekeraars. Een innovatief apparaat op het gebied van steunkousen aantrekken, levert de gemeente een besparing aan inzet thuiszorg op, maar kost de zorgverzekeraar geld omdat het als hulpmiddel wordt aangevraagd. WMO voorzieningen die het thuiswonen van een gehandicapte mogelijk maken kosten de gemeente geld, maar levert in de AWBZ-zorg geld op. Een mantelzorger bespaart enorm veel

verpleeghuiskosten en leeft van de PGB, zij komt na het overlijden van haar partner in de WWB terecht. Onze financieringsystemen voor zorg en welzijn, zijn communicerende vaten: Bij innovatie wordt dit helaas maar al te gemakkelijk vergeten: Wie het initiatief tot innoveren neemt gaat de aanloopkosten betalen. Dit maakt het er voor veel partijen niet aantrekkelijker op. Partijen moeten bij elkaar gebracht worden. Een gemeente zal hier een voortrekkersrol in moeten nemen.

De verschillen tussen gemeenten zijn enorm. Grote gemeenten hebben de ruimte om een expert team in te zetten en innovaties in gang te zetten. Kleinere gemeenten hebben die ruimte niet en moeten meerdere beleidsvelden bij één ambtenaar onderbrengen. Dit verkleint de kansen om met nieuwe oplossingen te komen. Dit probleem is te ondervangen. In een aantal regio's wordt daarom samengewerkt. Ook kunnen alle gemeenten gebruik maken van de

deskundigheid van het transitieteam van de VNG. Hier kunnen gemeenten veel winnen als men bereid is innovaties van elkaar overnemen en daarmee de autonomie een beetje los durven laten.

Kansen en ontwikkelingen

Juist nu zijn er enorme kansen voor gemeenten om een leidende rol te spelen in de zorginnovatie. Uit de 125 inzendingen van de co-auteurs raken er 34 het gemeentelijk beleid. In deze inleiding een schets van de trends en ontwikkelingen.

Klik [hier](#) voor deel 2 uit de Serie van 9 stripcolleges "WMO-gestript", van de WMO-werkplaats. Geschreven door Jan Steyaart en gemaakt door Martijn van Gemert. De overige filmpjes zijn te vinden op You Tube, zoek op WMO gestript.

Regie bij de burger.

Naar analogie van de regie bij de patiënt, komt in de gemeente steeds meer regie bij de burger te liggen:

Met een handige webapplicatie, je eigen mantelzorg regelen. Via de gemeentelijke app. Een scootmobiel voor een dag huren of de taxibus voor gehandicapten (CVV) afroepen. Met domotica oplossingen langer thuis blijven wonen, met unieke persoonlijke afspraken voor terugvalmogelijkheid op de thuiszorg. Gebruik maken van de dagopvang mogelijkheden, om de mantelzorg te ontlasten of misschien de overstap maken naar begeleid werken op basis van de wet werk en bijstand? Zelf naar het CJG surfen, om daarna, liefst via school, opvoedondersteuning op maat te regelen. Eigenkrachtcentrales inzetten om een sociaal geïsoleerd gezin, weer op eigen kracht midden in de maatschappij te krijgen.

Maar hoe organiseer je dit nu? Een handvat voor beleidsontwikkeling kan "De Mobiel" zijn, van Esther Frank en Anne Pastors die zij beschrijven in het artikel [koers zetten naar een hoger plan](#). Deze innovatie is nog in de ideevormende fase.



Dit gaat overigens verder dan met de burger aan de keukentafel zitten. Veel gemeentes hebben WMO adviesraden. Het is mooi om nu een leespauze in te lassen en na te gaan of de WMO-raad in uw gemeente echt georganiseerd is vanuit de gebruiker? Of zit hier de professional aan de keukentafel? Het hoofdstuk “Let patiënts help” geeft een beeld hoe het anders kan. Lees ter inspiratie ook eens [Design for Happiness, anders innoveren!](#) van Marise Schot.

Meer wijkgerichte aanpak

In het hoofdstuk Nieuwe gemeenschapszin is dit uitgebreid uitgewerkt met voorbeelden van innovaties in diverse fasen van ontwikkeling. Communities en nieuwe gemeenschapszin wordt nog vaak gezien als een kostenreductie instrument (fraai omschreven als de gewenste zelfredzaamheid). De invloed van communityvorming kan echter veel verder gaan, als een gemeente deze krachten bundelt waardoor cliënten/patienten meer

invloed, zeggen- en eigenaarschap kunnen uitoefenen op de inhoud en kwaliteit van zorg. Dit gaat over de grenzen van de WMO heen.

Jeugdzorg

Veel gemeenten zijn op zoek naar de unieke plekken in de wijk om zorg te combineren. Zoals in centra op scholen waar Peuterspeelzaalwerk, Kinderdagverblijf, een bibliotheek-filiaal, de Welzijnsfunctie en Jeugdzorg samen komen.

Ook als er geen fysieke plek is waar men functies combineert, is men in een aantal gemeenten aan het experimenteren met jeugdzorg vanuit de school, zodat interventies plaats vinden voordat het escaleert. Natuurlijk samen met de schoolarts, welzijn en als dat nodig is: de wijkfunctionaris van GGZ of politie. Zodat de problemen bij multiprobleemgezinnen in een vroeg stadium opgepakt worden en alle levenssferen betrokken zijn voor een maximaal resultaat.

Op het gebied van jeugdzorg zijn er veel kansen als geïnnoveerd wordt met e-oplossingen, zoals de [Jeugdcloud, dit is het moment!](#) van Laurens Waling, waarmee zelfredzaamheid van jongeren ondersteund wordt en daarmee het beroep op de jeugdzorg/jeugdgezondheidszorg verkleind. Nog een typische innovatie op het gebied van jeugdzorg is het verbeteren van de samenwerking in de eerste lijn. Zie: [Educatief Partnerschap: It's time to share](#) van Ineke Driesen. Het derde belangrijke thema is de doorbreken van alle schotten in de jeugdzorg, zoals het artikel "[Ontschotting in de praktijk](#)" van Gerrie van Zetten. Hiermee hebt u meteen de drie trends in jeugdzorgland te pakken.

Langer thuis blijven wonen, vergt samenwerking over de grenzen van de WMO heen.

Langer thuis blijven wonen is een belangrijke trend. Communicatie die nodig is tegen vereenzaming en voor het organiseren van de juiste

(mantel)zorg op de gewenste tijd, was een probleem. Er zijn veel innovaties op het gebied van e-health, ICT en domotica, waarvan er zeker 7 in dit boek gericht zijn om mensen zodanig te ondersteunen dat dit probleem opgelost wordt. Van communicatie met familie via Skype of TV tot zorg op afstand, mogelijk gemaakt door domotica. Dat laatste is mooi beschreven in het artikel over de Dementiewoning. Dit gaat voor gemeentes betekenen dat er ook een zwaarder beroep gedaan wordt op de wijkfaciliteiten.

Ook Verpleeg- en verzorgingshuizen liggen in de wijk. [Wat als "wonen met zorg" ... WEER "meedoen in huiselijkheid" wordt?](#) van Ronald Wilmes beschrijft een innovatie om de buurt naar binnen te halen. AWBZ en WMO mogen dan wel gescheiden financieringsstromen zijn, maar de burgers die ervan gebruik moeten maken, wonen in dezelfde wijk en doen beroep op dezelfde pool van vrijwilligers en mantelzorgers. Een

aspect waarmee de gemeente in het buurbeheer of welzijnswerk rekening mee zou moeten houden. In [Zo goed als Thuis!](#) van Jan Hemink, Martin Schreuder en Anita Lahuis, vindt u hiervan een voorbeeld. Actiz ziet kansen vanuit het wijkbeheer, met name het samenbrengen van groepen burgers die bij elkaar in de wijk wonen en zelf diensten gaan afnemen. Dit is beschreven het artikel van Sidney Persoon & Jan Rietsema in [Ouder worden 2.0](#).

Veel aandacht gaat uit naar de groeiende groep ouderen. Maar natuurlijk zijn er ook mensen onder de 65 die zorg nodig hebben die in de buurt georganiseerd moet worden. Het artikel over [Vorming van zorg-leefwoongroepen](#) van Cora Postema gaat over het vormen van woongroepen van c.a. 6 paren waarvan een van de partners gehandicapt is of een chronische ziekte heeft. "*Waar in men dingen met elkaar doet, de zorg voor elkaar overneemt zodat de zorgende partner ontlast wordt. Waar in men*

als vanzelfsprekend vanwege de gelijkgestemdheid, elkaar weet te vinden en elkaar handjes kunt helpen. Een 'zorgzame samenleving' dus, maar zonder afhankelijkheid van professionals". Dit gaat verder dan de bestaande initiatieven op dit gebied, zoals het Fokus wonen.

Netwerken

De hele WMO en de toekomst van de jeugdzorg bouwt op netwerksamenwerking, hier is, op zijn zachtst gezegd, nog veel ruimte voor innovatie. Onder de inzendingen is Netwerksamenwerking dan ook een terugkerend thema. Hoe dit procesmatig aan te pakken, valt te lezen in de bijdragen [Netwerksamenwerking in de zorg](#) van Marian de Kleermaeker "Coalities4Preventie" van Antonio A-tjak & Wina Smeenk en [Systeemdynamica als bewezen methodiek](#) van Bert Karssen met een uitgewerkt voorbeeld in [Voor Goede Zorg, zorg je samen!](#) van Ilse te Walvaart over het

samenwerkingsverband tussen VGZ en de gemeente Den Haag .

Dat het voorzieningen niveau in een regio bepaalt of het er goed wonen is voor burgers, is natuurlijk een open deur. Veel gemeenten zijn hier dan ook mee bezig. De krimp in sommige gebieden maakt een herschikking in de ziekenhuisfaciliteiten noodzakelijk. Het artikel [KRIMP? MIJ EEN ZORG!](#) van Auke ten Hoeve, biedt nieuwe perspectieven om dit vorm te geven.

Zorg, Gemeente en Bedrijfsleven

Zorginnovatie kent nog een heel ander perspectief . Als gemeente bestuurder ben je ook belast met de ontwikkeling van de werkgelegenheid in de regio. Het MKB is vaak aanjager van de lokale economie. Dit zelfde MKB is ook aanjager van de zorginnovatie '[Het mkb als aanjager van zorginnovatie](#)', getuige het artikel van Lex van der Wolf. Een gedachte om in het achterhoofd te houden bij besluitvorming over het stimuleren van lokaal ondernemersklimaat.

Advies aan de nieuwe minister van VWS

De auteur van dit hoofdstuk is Bob Mulder

Geachte Excellentie,

Hopelijk hebt u al kunnen genieten van de veelheid aan prachtige innovaties, de kennis, de ideeën en de praktijken, die onze gezondheidszorg zowel beter als doelmatiger maken.

Dit boek laat zien dat we in Nederland over honderden zorginnovaties beschikken die ergens al hun nut hebben bewezen en wachten op landelijke toepassing.

Ook allerlei eerdere initiatieven maakten dit duidelijk, zoals

- ZonMW: 100 landelijk opschaalbare projecten
- Transitieprogramma Langdurige Zorg (TPLZ): 26 projecten

- In voor Zorg: 250 projecten
- Sneller Beter programma van minister Hoogervorst: 26 ziekenhuizen
- Talloze regionale initiatieven

Er zijn voldoende getoetste toepassingen en nog meer ideeën, die echter voor Nederland pas echt hun nut gaan bewijzen als deze landelijk en integraal toegepast gaan worden. De potentiële baten zijn significant, doch vergen nog een behoorlijke inspanning. Dat vraagt implementatie, opschaling en actie; dat vraagt middelen en sturing.

Het CPB heeft berekend dat een modaal gezin in 2010 een €11.436 kwijt was aan ‘verplicht verzekerde zorg’, zonder aanvullende verzekeringen, eigen risico en eigen bijdragen. Meer dan 23,5% van een gemiddeld inkomen van €48.750 bruto. VWS geeft in haar uitgave van juni 2012 “De zorg: hoeveel extra is het ons waard?” zelfs aan dat ongewijzigde kostenstijgingen een doorsnee gezin op bijna 50% van het inkomen voor zorg zal brengen. De tijd voor werkende oplossingen dringt, en zorginnovaties kunnen daar een belangrijke bijdrage aan leveren. ‘Never waste a good crisis’ was een gevleugelde uitspraak van de Amerikaanse econoom Milton Friedman en deze uitspraak is actueler dan ooit voor onze huidige crisis en wat met zorginnovaties te winnen is.

In onderzoeksrapporten, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg met “Ruimte voor arbeidsbesparende technologie” uit 2010 en de Algemene

Rekenkamer met “Zorg op afstand Een innovatie in de langdurige zorg” uit 2009, is een breed palet aan factoren geïnventariseerd die toepassing van zorginnovaties belemmeren. Dit advies wil u een pragmatisch handvat geven om daar wat aan te doen, zonder direct het stelsel overhoop te moeten halen.

Hierbij concentreren we ons vooral op quick wins en de innovatieketen zelf. De belangrijkste conclusies daaruit zijn:

1. Ambitie en doelstellingen voor zorginnovatie zijn onvoldoende geformuleerd. Daardoor is niet duidelijk welke bijdragen zorginnovaties kunnen en moeten leveren.
2. We brengen onderzoek en pilots naar een onvoldoend ontwikkelde maturity level ([zie het artikel over innovatiematurity in dit boek](#)), waardoor individuele organisaties lastig door kunnen pakken. Daardoor kunnen we dit innovatiepotentieel niet op

landelijke schaal uitnutten.

3. Stel een ketenregisseur voor de zorg aan als extra factor voor het najagen van de kwalitatieve en kwantitatieve baten die zorginnovaties kunnen brengen.

Welke rol zien we voor overheid en VWS

In [Facts & Figures](#) kunt u zien dat we in Nederland een mager landelijk besturingsmodel hebben voor een industrie waar in 2011 inmiddels €90 miljard gemeenschapsgeld in omging. Tevens kunt u zien dat zowel zorgconsument (patiënt en diens omgeving) als premiebetaler (verzekerde, premiebetaler en belastingbetaler) nauwelijks directe invloed kunnen uitoefenen op serviceverlening en de prijs/prestatie.

Wat doet de overheid nu wel en niet

We zien de inspanningen van de overheid zich voornamelijk richten op stimuleringsprogramma’s voor nog meer oplossingen. Die vervolgens slechts op een of enkele plekken

toegepast worden. Het ligt voor de hand dat de meerderheid van deze inspanningen verlegd gaan worden naar een effectiever besturingsmodel, landelijke opschaling van de juiste innovaties en taakstellende opdrachten voor het behalen van de bijdragen die deze zorginnovaties kunnen brengen. Om opschaling van een innovatie echter succesvol te kunnen realiseren, moet deze naar een hoger ‘maturity level’ gebracht worden dan thans vaak het geval is. Een uitgebreide toelichting is te vinden in het artikel over het [innovatiematuritymodel](#). Daardoor missen bestuurders en andere beslissers van individuele zorgorganisaties belangrijke informatie die hen helpt bij het zoeken, kiezen en invoeren van innovaties die voor hun organisatie van belang zijn.

Welke innovaties zijn van belang

Alle innovaties die de kwaliteit van de zorg verbeteren en tegelijkertijd de kosten reduceren zien wij als

belangrijk. Denk aan procesinnovaties, arbeidsbesparende technologie, het voorkomen van dubbele behandelingen en het voorkomen van andere verspillingen.

Hoe zouden we tot continue dialoog kunnen komen over innovaties

Nederland, de zorgsector en de patiënt/cliënt hebben belang bij een brede beschikbaarheid van succesvolle innovaties. De cliënt/patiënt centraal is een belangrijke eerste stap. Zorg is een emotioneel product dat ons en onze geliefden allemaal direct raakt. Als wij er echter failliet aan dreigen te gaan wordt het hoog tijd om de discussie te verzakelijken.

- Zowel patiënt/cliënt als de premiebetaler kunnen meer druk van buiten het systeem aan gaan brengen. Door om te beginnen concrete oplossingen te verwachten en zich te organiseren als nieuwe factor.
- Om de patiëntwens voor integrale zorg te ondersteunen zou NZa

kunnen helpen door zich meer op de uitkomst te richten dan op prestatiebeschrijvingen. Dit biedt aanbieders en patiënten dan meer ruimte om afspraken over de gewenste uitkomsten te maken, en niet over de weg ernaar toe.

- Transparantie en inzicht. Cliënten/patiënten hebben nog steeds geen inzicht in de declaraties van de aan hen geleverde zorg. Verschaf een kwartaaloverzicht aan elke Nederlandse zorggebruiker met alle kosten die voor hem of haar gemaakt zijn.
- Best practices. Waarom zouden bijv. de top 20% van succesvolle zorgondernemingen in een bepaalde sector niet als rolmodel en maatstaf voor diezelfde sector kunnen fungeren?
- Vergelijking met het buitenland: Nederland doet het goed ten opzichte van het buitenland. Het is zinvol om ervaringen en best practices grensoverschrijdend uit te wisselen. Daarnaast is het belangrijk om tijdig in

te spelen op de opkomende grensoverschrijdende zorgaanbieders. Als kennisland dragen we open innovatie uit: onze topmedische specialisten werken al internationaal wat betreft opleiding en onderzoek. Daar liggen kansen.

En wellicht dat e.e.a. buiten het zorgsysteem geëntameerd en begeleid kan worden. Om met Einstein te spreken: *“You can never solve a problem on the level on which it was created.”*

Conclusies en Aanbevelingen

Naast bovengenoemde punten adviseren wij om de volgende zaken in gang te zetten.

1. **Het formuleren van onze nationale ambitie.** Iedereen wil een toegankelijke zorg en de best mogelijke zorg. Echter: hoeveel %BBP is daarvoor nodig? In 2009 werd 14,65% BBP aan zorg uitgegeven. We hanteren bij dit percentage de brede

CBS definitie, dus inclusief alle contante uitgaven van burgers en bedrijven. Tegelijkertijd zou landelijke toepassing van alle thans bekende zorginnovaties significante lastenverlichtingen kunnen brengen. Met behoud of zelfs verbetering van de kwaliteit.

Alle benodigde ingrediënten daarvoor zijn aanwezig: behoefte, investeringsgeld, concrete oplossingen en know how. Toch brengen we deze vraag en aanbod nog onvoldoende bij elkaar.

Formuleer daarom een nationale ambitie voor een nader te bepalen BBP-plafond voor de totale zorguitgaven. Inclusief de contante uitgaven voor burgers en bedrijven. Dit levert op termijn enorme ruimte elders op, geeft benodigde druk (sense of urgency) en biedt daardoor kansen voor een benodigde omslag in denken. Randvoorwaarde daarbij is: de burger krijgt dezelfde of betere

zorg. Zo een nationale ambitie biedt een objectieve kapstok om tal van veranderingen in gang te gaan zetten. Van theoretische exercitie naar concrete doelen. Nu proberen we vooral de stijging af te remmen en kijk waar dat ons de afgelopen decennia heeft gebracht. Een verandering in denken en benadering kan ons op nieuwe wegen en naar andere oplossingen brengen.

2. **Pragmatische keten regie voor de Care en AWBZ.** Het doorlichten van ons huidige stelsel is onvermijdelijk. Dat kost tijd en introduceert nieuwe uitdagingen. In de Care gaat meer dan 50% van alle zorguitgaven om. NPCF heeft in juli 2012 gepubliceerd dat de gemiddelde werknemer maandelijks ruim 300 euro AWBZ-premie betaalt. Meer dan de zorgverzekering voor een gemiddeld gezin. In de Care zitten lastig te besturen mechanismen. En er is veel te winnen met

procesinnovatie en toepassing van arbeidsbesparende technologie. Er is voldoende bekend over de 'perverse prikkels' en allerlei andere belemmeringen om vernieuwing en verbetering in te voeren. En deze kunnen moeilijk op individueel niveau opgelost worden.

- De grootste uitdaging voor het breed toepassen van zorginnovaties is het ontbreken van een hoofdregisseur zorginnovatie die verantwoordelijk is voor het formuleren van doelen, het stellen van prioriteiten en het in beweging brengen van partijen en het behalen van de benoemde doelstellingen door het uitrollen van kwalitatief én kwantitatief renderende zorginnovaties. Het invoeren van innovaties in de eigen omgeving is op dit moment facultatief en de lijst van redenen om iets niet te doen is lang en verdedigbaar. Dit brengt een oplossing echter niet dichterbij.
- Begin bij de Care en stel een

ketenregisseur aan om de kosten in Care en AWBZ jaarlijks omlaag te brengen, met behoud van kwaliteit. Dit introduceert een nieuwe kracht dat belang heeft om landelijke toepassing van innovaties in te voeren en belemmeringen op te heffen. In eerste instantie zullen oplossingen per innovatie gebaseerd worden op convenanten tussen betrokken (keten)partijen, maar gaandeweg zullen ideeën en ervaringen ontstaan die als structurele oplossing in het systeem ingebed kunnen worden.

3. **Focus op opschaling en wel via de regio.** Onze hele zorg innovatiestelsel is gericht op het doen van onderzoek en het vinden van nieuwe oplossingen. Deze worden in pilot-omgevingen getoetst en soms krijgen we daar ook een maatschappelijk business case uit dat kwaliteitsverbetering en financiële haalbaarheid aantoont.

De volgende punten blijven echter ongeadresseerd:

- Welke drijfveren hebben andere zorginstellingen om een bepaalde verbetering toe te gaan passen? Met tevreden cliënten en zwarte cijfers doet een zorginstelling het goed. Hoe komen innovaties bovenaan de agenda als er meer dan voldoende dagelijkse beslommingen zijn?
- Wat hebben andere zorginstellingen nodig om het toe te passen? Hoe moeten bestuurders en vakmensen de vertaalslag maken naar hun instelling?
- Wie gaat dit grootschaliger regisseren? Een innoverende zorginstelling heeft zelf de handen vol en is niet voldoende toegerust om succesvolle innovaties elders uit te rollen. Een nieuwe partij - boven de partijen - zal deze handschoen moeten oppakken. Voor zowel het brengen van de innovatie naar de benodigde maturity level als het opschalen zelf.
- Pak individuele innovaties

grootschaliger op regionale schaal aan. Regio's zijn groot genoeg om met ketens en meerdere zorginstellingen te werken, en kleinschalig genoeg dat de directe stakeholders en beslissers zaken met elkaar kunnen doen. En op regionaal niveau is voldoende financiële en bestuurlijke kracht bij elkaar te brengen om het innovatievliegwiel succesvol op gang te brengen.

- Meten is weten. Een individuele innovatie heeft in het gunstigste geval een goede onderliggende kwalitatieve en kwantitatieve business case, zodat investering, terugverdientijd en benodigde expertise helder zijn. Ten eerste moeten alle reeds bekende

innovaties hierover gaan beschikken, anders is het voor individuele instellingen onmogelijk goede afwegingen te maken, en ten tweede moeten op nationaal niveau onderbouwing en meetsystemen ontwikkeld worden om het netto effect van een innovatie op landelijke schaal achteraf aan te kunnen tonen. Iedereen is er bij gebaat dat de discussie zo snel mogelijk uit de sfeer van meningen en emoties gehaald wordt, en op basis van feiten en zakelijke argumenten gevoerd gaat worden.

Een bijkomend voordeel hiervan is dat deze aanpak ook kan bijdragen aan een betere evaluatie van zorginnovatie subsidies. De

Algemene Rekenkamer in haar rapport "Leren van subsidie-evaluaties" uit 2011 heeft als algemene conclusie voor alle ministeries: "Onze hoofdconclusie is dat subsidies over het algemeen gebrekkig op effectiviteit worden geëvalueerd." en "Wij bevelen alle ministers aan om de subsidieregelingen [...] deugdelijk te evalueren op effectiviteit en om alleen onderbouwde effectiviteitsconclusies te gebruiken voor het trekken van lessen [...] en voor het afleggen van verantwoording aan de Tweede Kamer.

De hierboven bedoelde regionale schaal voor zorginnovatie kan prima

zorg-economisch geëvalueerd worden door de zorgeconomen van onze universiteiten.

Excellentie, wij hopen dat u met deze brief inspiratie opdoet voor nieuwe ontwikkelingen in de zorg.

De co-auteurs

Zo'n 125 co-auteurs hebben in co-creatie meegewerkt aan het boek. In het onderstaande overzicht treft u de namen van de innovators en de innovaties aan.



A-Tjak, Antonio

CAREO

Innovatie in coalitieverband



Bakkers, Martijn

Geef de patiënt virtueel zijn

dossier onder zijn arm

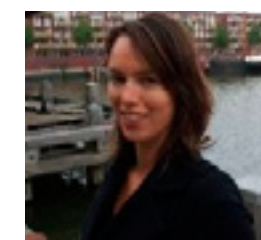


Beumer, Selma

Eerstelijns GGZ vergoeding

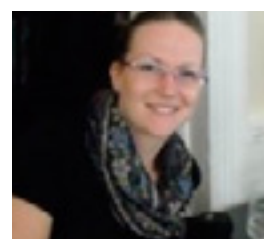
verruimen met begeleiding

coaches en therapeuten



de Groot, Janneke

de Open App store



Aarts, Marloes

Oncologische keten op de

kaart



Barnard, Irvin

Capaciteitsmanagement als

sturingsinstrument



Boer, Rob

Belevingsgerichte Zorg



de Lange, Mark

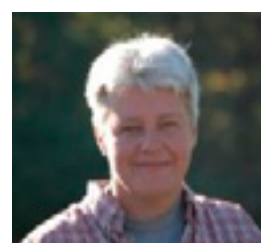
Mede-auteur hoofdstuk

implementatie & opschaling



Alders, Irèn

De patientencoach



Beentjes, Evelien

Waarderende benadering als

methodiek voor begeleiding

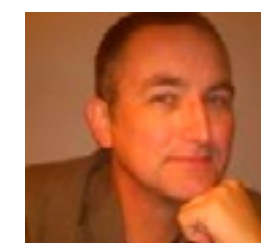
van teams in het ziekenhuis



Boon, Gea

Laten we Wel Zijn, power to

the people?



De Vries, Denis

Participatie als vliegwiel voor

duurzame zorg



Andrea, Gijs

Buffermanagement in Zieken-

huizen



Beets, Jaap

Alles draait om intentie



Burghout, Heleen

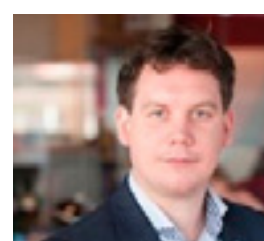
Multidisciplinair Oncologie

Netwerk



de Waard, Yvonne

Innovatie van het IVF proces



Bakker, Bert

De ingrediënten zijn er wel.

Nu nog eetbare soep!



Bergers, Rob

Social media, de patiënt blijft

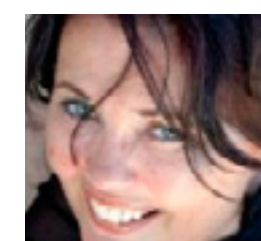
aan zet!



Danen - de Vries, Saskia

Ouderwetse burenhulp in een

modern jasje



Dekker, Mary

Stichting Plus Wonen innova-

tief GGZ woon-zorgcomplex

**Driessen, Ineke**

Educatief partnerschap als vanzelfsprekend! It's time to share

**Griffioen, Ingeborg**

Kosten besparen in nieuw- en verbouw van zorgafdelingen

**Hensen-de Vries, Annemarie**

Co-creatie bij innovatie

**Karssen, Bert**

Systeemdynamica als bewezen methodiek

**Dun van, Peter**

Rust en muziek als anesthesiologisch middel Een "zachte" kant binnen harde geneeskunde

**Gronheid, Stan**

Meer preventie in het Zorgverzekeringspakket door Pooling

**Hoogerwerf, Lieke**

Cliëntvolgend ontschotten van complexe zorg: van zorgcoördinatie naar trajectcoaching

**Klaas, Ron**

Healthguide

**Emsbroek, Matthijs**

Assurance Dashboard

**Grunwald, Jeroen**

Persoonlijk Interactief TV kanaal voor mensen met een verstandelijke beperking

**Julianus, Jurjen**

Pazio

**Klein Breteler, Geert**

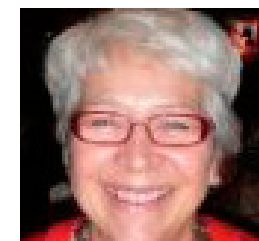
Online Zorgplan

**Frank, Esther**

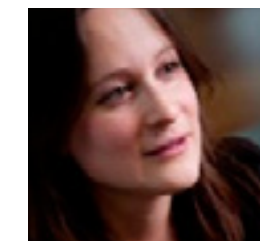
Koers zetten op een hoger plan

**Grüter, John**

Herinrichting van de Zorgketen met de zorgconsument aan het stuur

**Kaag, Marja**

Toegevoegde waarde van een KIS in de tromboseketen

**Klinkhamer, Myrthe**

Screeningstool als instrument in de GGZ

**Gabel, Brigitte**

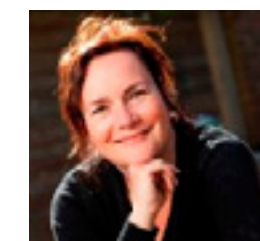
Preventiekompas

**Hanekroot, Steven**

Zorg op afstand ondersteunt vitaliteit en zelfredzaamheid

**Kalter, Eric**

Vierde generatie Zorg-op-afstand model

**Knuiman, Irma**

Wat wil de patiënt - zelfmanagement als uitgangspunt

**Goudriaan, Caro**

Succesfactoren zorginnovatie

**Hemink, Jan**

Zo goed als thuis!

**Kamphuis, Helen**

Zorgproces optimalisatie aanpak

**Koevoet, Hans**

Pak het vitamine D-tekort aan

**Krans, Marja**

*Alternatief voor traditioneel
zwachtelen*

**Lubberts, Dini**

*Ouderwetse burenhulp in een
modern jasje*

**Nieuwboer, Christa**

*Training TRI-O als instrument
voor effectiever e-mail consult*

**Postema, Cora**

*Vorming van zorg-leefwoon-
groepen*

**Kuiper, Liliane**

Hulp bij organiseren co-creatie

**Luigies, René**

Valkuilen van innovatie

**Nieuwenhoff, Lars**

*Fieldlab als hart van 'user cen-
tered development' in de care*

**Reijs, Rianne**

*"App" die de groei van kinde-
ren in kaart brengt*

**Laane, Mechteld**

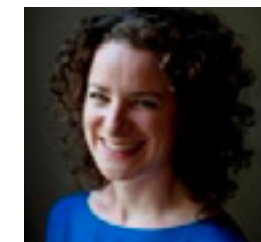
*screeningstool als instrument in
de GGZ*

**Meerts, Iris**

De Direct Zorg App

**Michiel Dutree**

Het kan anders en beter

**Reitenbach, Miriam**

*Health Lab, een living lab
benadering*

**Lahuis, Anita**

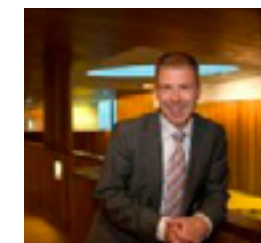
*Thuis technologie in de consu-
mentenmarkt*

**Merkx, Willemijn**

Succesfactoren voor E-Health

**Oskam, Peter**

*Optimaliseren berichtenver-
keer AWBZ*

**Rietsema, Jan**

*De dementie experience
Ouder worden 2.0*

**Lakmaker, Roel**

Kennis over diagnostiek delen

**Moorman, Nico**

*AWBZ cliënten integraal
benaderen en met een coach
ondersteunen*

**Pastors, Anne**

*Koers zetten op een hoger
plan*

**Rietveld, Suzanne**

Stichting DoorDeWijks

**Landman, Jan**

*De Acute Opname Afdeling:
kwaliteitsverhoging én kosten-
reductie!*

**Mulder, Bob**

*Hoe een regionaal eerstelijns
EPD succesvol tot stand kwam*

**Persoon, Sidney**

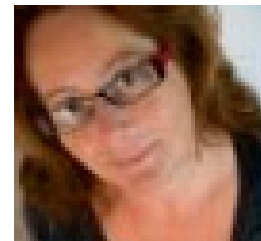
Ouder worden 2.0

**Rovers, Manita**

*De Innovatie Carrousel© helpt
succesvol innoveren.*

**Schellekens, Wim**

“Doen wat we weten”: het kan, het moet!

**Smeenk, Wina**

*Innovatie in coalitieverband
De dementie experience*

**Tijtsma, Anke**

Grensoverstijgend handelen en denken in de zorg

**van der Sman, Frits**

*“De achterkant van de patiënt”
met behulp van beeldcommunicatie*

**Schipaanboord, Atie**

Kansen met Netwerkgzorg

**Sol, Mia**

Economie van de Zorg: Kennismanagement en Productvernieuwing

**Timmer, Saskia**

Autismezorg 2.0

**van der Wolf, Lex**

‘Het mkb als aanjager van zorginnovatie’

**Schnabel, Maaïke**

Sociaal kapitaal: Terug naar noaberschap, maar dan anno nu!

**Te Walvaart, Ilse**

Voor Goede Zorg, zorg je samen!

**Trompert, Annemarie**

Zorgstandaard voor COPD

**van Dooren, Ad**

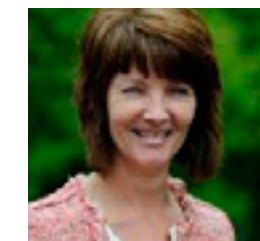
*de ‘fysio follow-up app’
“App” ter voorkoming medische fouten in het ziekenhuis*

**Schot, Marise**

Design for Happiness, anders innoveren!

**Teerink, Friso**

Videocare

**van Bentum, Emelie****van Dorst, José**

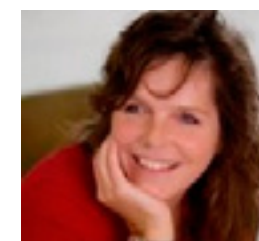
‘De Wijkzuster Terug’

**Schuite, Anjo**

*Genetwerkte gezondheidszorg:
Zorg op Maat Zonder Meerkosten*

**ten Hoeve, Auke**

Krimp? Mij een zorg!

**van Bodegom, Ellen**

Kwaliteitsinstituut voor de zorg

**Schuttelaar, Wilco**

Mantelzorgplaats

**ter Brake, Hans**

Geef de patiënt zijn gegevens (terug)! : het personal health record (PHR)

**van der Ploeg, Meike**

Van zorginstelling naar zorgonderneming

**van Es, Fred**

*Aanpak voor effectievere samenwerking
Samenwerking is cruciaal*



van Harn Kranenburg, Erica

"Het Nieuwe Zorgen"



van Ommeren, Erik

Doorlopende monitor van de gezondheidsstatus



Vermaas, Karianne

Digitale coaches bij autisme



Valkenburg, Joost

Fysio online, innovatie in fysiotherapie



van Hasselt, Evert Jan

Nieuwe zorgverzekering die mensen ondersteunt met hun gezondheid



Van Weele, Esther

Multidisciplinaire leergroepen oncologische (na)zorg



Waling, Laurens

Jeugdcloud, dit is het moment!



van den Biggelaar, Paul

Eigen Zaak voor Zorg



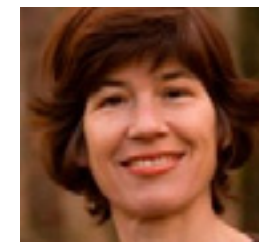
van Hoof, Joost

Dementiewoning: co-creatie van de technische installatiebranche en de zorgkolom



van Zandvoort, Michel

Healthguide



Wendel, Ingrid

Kruip in de dromen van je klant



Lens, Jan Willem

Innovatie van het IVF proces



van Leeuwen, Sjors

Klantgedreven zorginnovatie



van Zetten, Gerrie

Ontschotting in de praktijk



Wessels, Wendela

Wat vindt de patient van zijn medicijnen?, zelfmanagement als zorginnovatie



Swaters, Herman

Cliëntvolgend ontschotten van complexe zorg: van zorgcoördinatie naar trajectcoaching



van Londen, Mareen

E-learning, door de bomen het bos vinden!



Veenstra, Theo

Van zorginstelling naar zorgonderneming



Willemse, Hettie

Thuis Voelen gevoel door Zorgvisite.nl



Heijnen, Bries

Skypen met pa en ma!



Van Noort, Esther

Curavista Health: de motor achter 40 eHealth projecten in Nederland en België



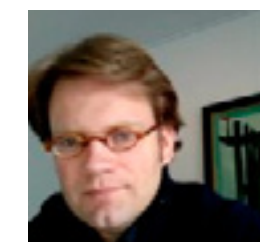
Verkaar, Eric

Dwingende regioafspraken met perspectief gebruiker centraal



Wilmes, Ronald

Wat als "wonen met zorg" ... WEER "meedoen in huiselijkheid" wordt?



Leutscher, Edwin

Gooi innovaties niet te grabbel


Blokland, Annegreet

Thuis technologie in de consumentenmarkt


Boom, Antonie

Digitaal gedragsinterventieplan. Meten is weten!


Hobo, Iris

Kosten besparen met nieuwen verbouw van zorgafdelingen


Schreuder, Martin

Zo goed als Thuis!


Nouws, Kees

'De Wijkzuster Terug'


Koenraads, Rob

RealTime medisch magazine in 1 app


Lunenburg, Hans

Besparen in ziekenhuizen door gebruik van uniforme barcodes


Lahuis, Anita

Zo goed als Thuis!


Zaal, Mareike

Kies zelf je huisgenoten, vg 4 cliënten in 1 huis!


Schmits, Alfred

Van statistiek en procedures weer mensen maken


van Klinkenberg, Tineke

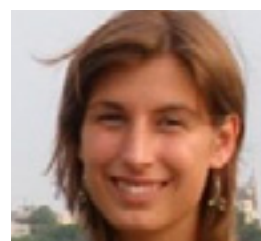
Thuis Voelen gevoel door zorgvisite.nl


Bastein, Wim

Dementiewoning: co-creatie van de technische installatiebranche en zorgkolom


Blom, Marco

Dementiewoning: co-creatie van de technische installatiebranche en de zorgkolom


van de Belt, Mirthe

Screeningstool als instrument in de GGZ


Rotmeijer, Sanne

Thuis Voelen gevoel door zorgvisite.nl


Noordergraaf, Gerrit-Jan

Rust en muziek als anesthesiologisch middel, een "zachte" kant binnen harde geneeskunde


van Horn, Paul

Videocall centre inzetten om verkeerd medicijngebruik tegen te gaan


van der Wilden, Els

Besparen in ziekenhuizen door gebruik van uniforme barcodes


Rotmeijer, Sanne

Houd de naaste vast


Bakkers, Martijn

Concentratie en spreiding van zorg: makkelijker gezegd dan gedaan!


Joppe, Joris

Assurance Dashboard


Senhorst, Jan

Kosten besparen met nieuwen verbouw van zorgafdelingen


Willemse, Hettie

Houd de naaste vast


van Well, Michiel

Mentalshare

De adviesraad

Het initiatief is door de volgende mensen gevolgd en met raad en daad bijgestaan:

Lucien Engelen

Directeur Radboud REshape & Innovation Center / UMC Radboud

Hans de Goeij

Bestuursadviseur Oude Gracht Groep

Leo Kliphuis

Directeur Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn

Bas Leerink

Lid Raad van Bestuur Menzis

Jopie Verhoeven

Oud voorzitter algemeen bestuur Raad van Toezicht NPCF

De initiatiefnemers

Remco Hoogendijk (1970) is bedrijfseconoom en middels tal van projecten betrokken bij zorginnovaties. Remco is clustermanager Life Sciences & Health bij OOST NV, betrokken bij Health Valley en initiatiefnemer van www.highway2health.nl. Op TEDx Maastricht in 2011 trad hij op als Duivel die de 7 zonden van zorginnovatie besprak. Klik [hier](#) voor meer informatie over Remco Hoogendijk.

Co Politiek (1964) is sinds 2004 zelfstandig ondernemer. Co is bestuurlijk informatiekundige en bedrijfskundig informaticus. Hij heeft in diverse branches met grootschalige veranderingen te maken gehad. Daarnaast is Co voorzitter van de stichting Healthy Communities. Co heeft ruime ervaring opgebouwd met innovaties bij zorgverzekeraars en in de zorg (bijvoorbeeld de transformatie van de asielzoekerszorg). Klik [hier](#) voor meer informatie over Co Politiek.





Dankwoord

Het in co-creatie schrijven van een boek lijkt een simpele exercitie. Iedereen draagt immers zijn steentje bij. Toch is zoveel inspanning van een ieder niet de normaalste zaak van de wereld. Temeer omdat al deze bijdragen in ieders vrije tijd tot stand kwamen.

Wij willen daarom iedereen die heeft meegeholpen aan het tot stand komen van dit boek extra in het zonnetje zetten en hartelijk bedanken voor hun steun, feedback, inspanning, humor, kritiek, etc.

We bedanken Conclusion voor hun gastvrijheid op 28 maart in het hoofdkantoor in Utrecht, Menzis voor de locatie op 30 augustus, OOST NV voor het eten op 30 augustus, Utrechtinc voor de locatie en catering op 2 oktober, Roy Tanck van This Play voor het maken van de site, Fritiof Eriksson van GBE communicatie

voor het maken van het eBook, Ruud Koolen van Skipr voor het verzorgen van het dagvoorzitterschap op 2 oktober, de gefilmde patiënten voor hun bereidwilligheid om hun situatie te laten verfilmen, de adviesraadleden voor al hun advies, de co-auteurs voor al hun inspirerende bijdragen, de patiënten op 2 oktober voor hun feedback, na de bestuurders op 2 oktober voor hun feedback, de sprekers op 2 oktober voor hun reactie op het concept boek, de frisse en scherpe geesten op 30 augustus voor hun feedback, de co-creatierraad voor hun adviezen, de eindredactie voor prachtige leesbare teksten en het thuisfront dat een ieder de ruimte heeft gegeven...

Colofon

Bronvermelding fotomateriaal

In het boek is gebruik gemaakt van foto's van de Beeldbank. Van de volgende fotografen van de Beeldbank zijn foto's opgenomen in het boek: Barbara Houweling (kranten, menigte mensen, groente en fruit, 55plus beurs, mensen op plein, steiger), Bomboto (zorgstelsel, aandacht thuiszorg), Rubendv (achtbaan), Hans Sleger (trap, domino, burgemeester), Kim Kaminski (klimmen), Ivonne Wierink (witte jassen en de wachtkamer), Juulbaars (vier handen), AvdWolde (verrekijker), Renee Teunis (glazen bol), Nobofoto (trampoline), Wil Tilroe-Otte (handen klappen), Fwart (VWS), Killroy

Productions (patient in bed), Rudie Mur (tandwielen), Picturepartners (vitaminecapsule, lamp), Bob Karhof Fotografie (2e kamer), Designpixel (3d pop en lamp), JanKranendonk (menigte), Stringer (ketting), Hofmeester (nieuw begin), Hugo Vermonde (voorlezen documenten), Joop Hoek Producties (dobbelstenen), Fotoexclusief (vreugdesprong), Palabra (aanwijsborden), Ranidevy (cloudcomputing), SigridKlop (hokken flat), HRGF (microfoon), Koos Busters (brillen), Mirror image photography (doel), Robert Hoetink (douchekop), Mamopictures (man met rollator), Hans van der Meer (foto Co & Remco).

Filmmateriaal Draadstaal

VPRO en CCCP

Introfilm (Co & Remco)

Hans van der Meer

Auteurs hoofdstukken

Antonio A-Tjak
Mijke Bleecke
Brigitte Gabel
Caro Goudriaan
Steven Hanekroot
Lieke Hoogerwerf
Remco Hoogendijk
Mark de Lange
Willemijn Merkkx
Bob Mulder
Co Politiek
Michiel van Well

Redactie

Irma Knuiman
Rianne Reijs
Mia Sol

Makers films patienten

Rene Luigies
Ingrid Wendel

Ontwerp en technische realisatie eBook

Fritiof Eriksson
www.gbecomunicatie.nl

Eindredactie

Co Politiek en Remco Hoogendijk

Contact

Voor contact over de realisatie van dit boek of voor contact met betrekking tot de conclusies en adviezen verzoeken wij u een mail te sturen naar: zorginnovatieboek@gmail.com

Informatie

Voor algemene informatie verwijzen wij u naar www.zorginnovatieboek.nl

[LinkedIn](#)