



Nederlands Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen

Editie Zorg, No. 2 | 2018 – 2019

Experimenteren en leren met impact in de zorg



Het Instituut voor Brilljante Mislukkingen®

Colofon

Uitgave

Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen, Editie Zorg, No. 2. 2018 – 2019 (december 2018)
Het Instituut voor Briljante Mislukkingen® | www.briljantemislukkingen.nl/tvbm

Hoofdredactie

Prof. Dr. Paul Louis Iske (Chief Failure Officer)
Drs. Bas Ruysenaars

Redactie

Florien Huizinga, Guido Cornelis en Annemarie van der Meer

Eindredactie

Sanne van Rij

De teksten zijn tot stand gekomen in samenwerking met Edwin Bas, Saskia Benthem, Berend Jan Bielderma, Olivier Coops, Reint Dijkema, Dik Hermans, Manon Houter, Janine Huiden-Timmer, Marian Kaljouw, Roderik Kraaijenhagen, Henry Mulder, Wico Mulder, Henk Nies, Claudia Rijcken, Wim van Slooten, Gregory Thomas, Janneke Wittekoek en Peter Wouters.

Het zorgtraject van het Instituut voor Briljante Mislukkingen® wordt mede mogelijk gemaakt door en in samenwerking met ZonMw, Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ipsos (GfK), Federatie Medisch Specialisten, Vilans, MOA, De Nederlandse Zorgautoriteit, de Hartstichting en Roche.

Ontwerp

Studio Black | Johan van der Woude

Druk

Ecodrukkers | Nieuwkoop



Inhoud

Experimenteren en leren met impact in de zorg	4
Nieuwe initiatieven van het IvBM voor meer impact in de zorg	6
Leren van elkaar: casuïstiek	10
1 Succesformule maar nog onvoldoende draagvlak	12
2 Wil de tachtigplusser van morgen nog wel betalen voor een fijne oude dag?	14
3 Schaalbare en Betaalbare, maar Niet-Haalbare Jeugdhulp	16
4 Het belang van actieve opsporing en preventie bij erfelijke aandoeningen	18
5 Geen sociaal rendement zonder investering	20
6 Gemeenten onbedoeld opgezadeld met onmogelijke regeling ouderbijdrage jeugdhulp	22
7 Uitprobeerdienst Dalfsen: Een goede vraagverheldering is het halve werk	24
8 Jeugdgezondheidszorg is effectief, maar wie zorgt er voor de adolescent?	26
9 Ziek maar niet zwanger	28
10 Wie financiert leefstijl bij hartrevalidatie?	30
Analyse van de Briljante Mislukkingen vanuit het IvBM	32
Verhalen uit het veld	
• De Nederlandse Zorgautoriteit over innovatie en verandering in de zorg	34
• Het belang van marktonderzoek voor innovatie	38
• Met alleen systeendenken kom je er niet!	42
• Van diversificatie naar specialisatie.....naar diversificatie	44
• Op naar duurzame gedragsverandering bij hartrevalidatie	48
Briljante Mislukkingen methodiek	
Hoe Briljant is een Mislukking?	50
Vier niveaus van Briljant Mislukken	52
Universele patronen in Briljante Mislukkingen: archetypen	54

Experimenteren en leren met impact in de zorg

Beste lezer,

U heeft de hand weten te leggen op de 2e jaargang van het Nederlands Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen – editie Zorg. Het thema van deze editie is 'Impact'. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg en leven vraagt om innovaties die daadwerkelijk een verschil maken. Dat vergt slimme samenwerking tussen alle betrokkenen, van lokale overheden, zorg- en welzijnsorganisaties tot zorgverzekeraars en niet in het minst de patiënten- en cliëntenorganisaties. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen wil bijdragen aan 'impact' in de zorg en dat doen we door het klimaat voor experimenteren en leren te helpen bevorderen. Een aantal concrete projecten draagt extra bij aan het daadwerkelijk realiseren van (nieuwe) toegevoegde waarde. Zo introduceren we het TweedeKansen-loket, waar projecten die aanvankelijk (briljant) mislukt zijn, in aanmerking kunnen komen voor een nieuwe poging. Was de eerste poging misschien mislukt omdat de timing niet goed was? Of waren er onvoldoende resources? Of snapte men het gewoonweg niet? Er zijn veel redenen waarom iets wat de eerste keer niet lukte, daarna toch een succes kan worden. Geleerde lessen worden toegepast en de twee poging heeft meer kans van slagen!

Een andere vorm van impact betreft onze bijdrage aan het Zorgevaluatie-programma van de Federatie Medisch Specialisten. In het opsporen en adresseren van kennishiaten is het essentieel dat wordt samengewerkt. Netwerkvorming is echter een discipline op zichzelf en ook op dit gebied wordt veel geprobeerd en geleerd. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen (lvBM) heeft een leeromgeving ontwikkeld waarbinnen diverse gereedschappen worden aangeboden die het leren binnen het complexe netwerkvormingsproces makkelijker maken (zie netwerkvoorbereider.nl). Met deze bijdrage aan het zorgsysteem zorgen we ervoor dat het begrip en de impact van het medisch handelen wordt vergroot.

Met trots presenteren een aantal bevlogen en ondernemende personen en organisaties hun poging om de zorg beter en/of betaalbaarder te maken. Ook zij zijn allemaal op zoek naar impact! Wat de verhalen met elkaar gemeen hebben, is dat de initiatiefnemers niet (geheel) zijn geslaagd in het bereiken van hun doelen. Het is echter belangrijker dat alle betrokkenen bereid zijn om hun leerervaringen vast te leggen en te delen met anderen. Wanneer u de verhalen leest, zult ook u concluderen dat de trots waarmee de auteurs hun ervaringen delen, in dubbel opzicht terecht is: zij hebben een relevant onderwerp aangesneden én ze schromen er niet voor om hun geleerde lessen in de openbaarheid te brengen. Hun Mislukking is waarlijk Briljant en zij scoren dan ook flink op de VIRAL-schaal, waarbij de V staat voor Visie, de I voor Inspiratie, R voor Risicomanagement, A voor Aanpak en de L voor Lessen. Het resultaat is niet iets om weg te moffelen, maar om te verspreiden, dus iets dat 'viraal' moet gaan.

'Van je mislukkingen kun je leren' wordt veel gezegd. En terecht. Het valt alleen niet altijd mee om het 'leren' concreet vorm te geven. Dit Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen maakt gebruik van de methodologie die is ontwikkeld door het Instituut voor Briljante Mislukkingen, waarbij de geleerde lessen in essentie worden beschreven door zogenaamde 'archetypes'. Dit zijn mislukpatronen die we hebben gevonden door vele mislukkingen te analyseren. Dit helpt om de kennis relevant en toegankelijk te maken voor anderen, die wellicht met heel andere projecten bezig zijn, maar wel te maken hebben met gelijksoortige en herkenbare aspecten die ertoe kunnen leiden dat zaken niet lopen zoals verwacht of gehoopt. Maar er is meer: door QR-codes te scannen, komt u op onze website bij korte video's waarin de indieners hun verhaal vertellen. Dit is een vorm van 'story-telling' waardoor de briljante mislukking letterlijk een menselijk gezicht krijgt en u waardevolle informatie over de context en de betrokkenen krijgt.

Tenslotte komen een aantal betrokken mensen aan het woord. Zij zijn in de eerste plaats betrokken bij de gemeenschappelijke ambitie om de zorg beter, menselijker en betaalbaarder te maken. Daarnaast onderschrijven zij allen het belang van het gedachtegoed van het Instituut voor Briljante Mislukkingen: open staan voor het onbekende en leren van het onverwachte. Daarvoor moeten wij twee vormen van angst uit de weg ruimen. Ten eerste moeten mensen zich vrij voelen om kansen te creëren en te benutten om in de zorg waarde te creëren. Daarnaast moet iedereen zich veilig kunnen voelen om te praten over hun ervaringen, ongeacht of dit over successen of over mislukkingen gaat. Het 'evoluerend' vermogen van de sector is gebaat bij proberen en leren! Deze boodschap klinkt door in alle bijdragen die u in dit tijdschrift kunt vinden.

De redactie heeft dit Nederlands Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen met veel plezier, nieuwsgierigheid en leer- gierigheid samengesteld. Ik hoop dat u het met net zoveel plezier zal lezen.

Wij zijn iedereen die heeft bijgedragen zeer erkentelijk voor het delen van hun kennis en enthousiasme. En wees gerust: in 2019 mag u de derde editie verwachten. De evolutie van de zorg is immers een proces dat nooit ophoudt. Briljant Mislukken is daarbij meer dan een optie – het is een noodzaak!



Paul Iske
Chief Failure Officer
Instituut voor Briljante Mislukkingen



Nieuwe initiatieven van het IvBM voor meer impact in de zorg

Dit jaar en vorig jaar heeft het Instituut voor Briljante Mislukkingen (IvBM) een aantal nieuwe initiatieven in de steigers gezet om vooral ook de komende jaren te kunnen blijven bijdragen aan een beter klimaat voor experimenteren en leren in de zorg. Wij hopen van harte dat we samen met alle vernieuwers in de zorg daadwerkelijk tot impact kunnen komen, mede door de inzet en het delen van deze instrumenten.

Double-loop Learning bij Implementatie van Onderzoeksresultaten van de Hartstichting

Het IvBM en de Hartstichting zijn beiden van mening dat waarde verloren gaat door suboptimaal toepassen van innovatie en onderzoek. Dit is overigens een breder verschijnsel, in Nederland aangeduid als de 'Innovatie-Paradox': er wordt veel kennis ontwikkeld die uiteindelijk niet of onvolledig wordt toegepast. Ook in de start-up wereld is dit fenomeen bekend en wordt wel eens aangeduid als: proof-of concept is geen garantie voor proof-of-business, ofwel het IvBM archetype De huid van de beer. De redenen hiervoor lopen uiteen. Het kan een systeemp probleem zijn, de kennis is wellicht nog niet compleet, tegenstrijdige belangen, ingesloten gewoonten, onwetendheid of voortschrijdend inzicht. Het IvBM en de Hartstichting willen beter begrijpen welke factoren de toepassing van innovatie en onderzoek belemmeren en hoe deze te adresseren. Aparte aandacht gaat hierbij uit naar de uitdagingen rond het implementeren van richtlijnen, waar immers sprake is van gevalideerde kennis, maar desalniettemin de benodigde veranderingen in organisatie en/of gedrag niet (blijvend) worden doorgevoerd.

Voorbeelden van implementatieproblemen die van belang zijn voor de doelen van de Hartstichting zijn:

- Screenen op atriumfibrilleren. De mogelijkheid van opportunistisch screenen bij 65-plussers staat in de richtlijn. Hoe kunnen we zorgen dat deze opportuniteit in de drukke dagelijkse praktijk vaker wordt benut?
- Hartfalen diagnostiek. Uit onderzoek blijkt dat er veel mensen met niet-herkend hartfalen zijn. Hoe kunnen we dit verbeteren?
- Hartrevalidatie. De effectiviteit hiervan is bewezen maar deelname is lager dan gewenst en (lange termijn) compliantie is beperkt. Hoe kunnen we dit optimaliseren?
- Transmurale zorg. Transmurale afspraken worden gemaakt maar in de praktijk is de implementatie daarvan erg lastig. Wat staat de implementatie van transmurale afspraken in de weg?

In deze uitgave treft u reeds enkele bijdragen aan waarin factoren worden benoemd die de toepassing van innovatie en onderzoek belemmeren; een Briljante Mislukking over het gebrek aan financiering van leefstijlbegeleiding bij hartrevalidatie en een column over veelbelovende initiatieven voor duurzame hartrevalidatie en de systeemaanpassingen die nodig zijn om toekomstige mislukkingen te voorkomen. Daarnaast een Briljante Mislukking over het belang van actieve opsporing en preventie bij Familiaire Hypercholesterolemie, een erfelijke aandoening.

Netwerkvoorbereider voor consortia rondom onderzoek in de zorg

De inzet van netwerken en consortia rondom onderzoek in de zorg creëert meer mogelijkheden om beter en meer toepasbaar onderzoek te doen en onderzoeksresultaten sneller te kunnen implementeren. De Federatie Medisch Specialisten en ZonMw willen in samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen de realisatie van netwerken faciliteren,

waarbij zij netwerken zien als geformaliseerde samenwerkingsverbanden tussen onderzoek en praktijk. Iedereen is zich ervan bewust dat dit proces van netwerkvorming met deelname van meerdere partijen uit verschillende organisaties en/of domeinen complex is en gepaard gaat met vallen en opstaan. Om in deze samenstelling tot succesvolle netwerkvorming te komen moet continu worden geleerd en vernieuwd. Belangrijke kennis die wordt opgedaan tijdens het proces van netwerkvorming dient te worden gedeeld zodat er een lerende omgeving ontstaat tussen deelnemers aan de netwerken. Echt leren gaat daarbij om daadwerkelijk samen (durven) te veranderen, door het geleerde toe te passen en daarmee nieuwe ideeën en collectieve ambities te verwezenlijken.

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen met het IvBM de ambitie om leerervaringen rond netwerkvorming te verzamelen en verspreiden. Door inzet van kwalitatief onderzoek zijn de ervaringen van wetenschappelijke verenigingen met netwerkvorming opgehaald en geanalyseerd. Op www.netwerkvoorbereider.nl zijn de opgehaalde ervaringen, aangevuld met theorie, onderzoek en video's, gebundeld. De Netwerkvoorbereider is ontwikkeld om wetenschappelijke verenigingen te helpen hun netwerk vlot en zonder de bekende valkuilen te ontwikkelen. De Netwerkvoorbereider maakt halen én brengen van kennis mogelijk. Eigen ervaringen kunnen worden gedeeld, waardoor anderen nuttige tips en valkuilen leren kennen.



BriMis – Intuïtieve leeromgeving

In deze omgeving wil het IvBM organisatorisch leren op een eenvoudige en aantrekkelijke manier faciliteren voor professionals. Het gaat daarbij om zowel enkelslag als dubbelslag leren in relatie tot (innovatie)projecten in de context van de organisatie en omgeving. Enkelslag (single loop) leren is het direct leren uit ervaringen op projectniveau, veelal door trial and error. Dubbelslag (double loop) leren is het projectoverstijgend leren waarbij we ook onze doelen, aanpak en plannen of intenties ter discussie durven stellen en uit onze comfortzone durven treden om te leren van de werkelijkheid. Dubbelslag leren is essentieel om projecten elders en/of in de toekomst beter te laten verlopen. Hiermee wordt duurzame impact gerealiseerd.

BriMis is een systeem waarmee briljante leerervaringen laagdrempelig kunnen worden gevangen, gedeeld, toegepast en verrijkt. Het gaat om het leuk en actief 'kennis halen' en 'kennis brengen', 'voor', 'tijdens' en 'na' de realisatie van uw innovatieproject. Centraal staat de Brilljante Mislukkingen 4-staps methodiek om ervaringen in relatie tot projecten



te duiden (doel, aanpak, resultaat, leermoment) in combinatie met het herkennen en benoemen van veel voorkomende patronen en lessen rondom innovatieprojecten; de Brilljante Mislukkingen Archetypen.

TweedeKansenLoket

Met het TweedeKansenLoket wil het IvBM een stap verder gaan dan Brilljante Mislukkingen lessen ophalen en delen; namelijk kansrijke innovaties in de zorg, die in eerste instantie niet tot impact hebben geleid, ondersteunen om met een doorstart alsnog succesvol te worden.

De zorg zit boordevol kansrijke innovaties die uiteindelijk nog te weinig impact hebben. Veel van deze mislukte pogingen verdienen een tweede kans. Falen is niet het einde van de ambities en ontwikkeling en het niet benutten van opgedane ervaringen leidt tot onnodige waardevernietiging. Met de juiste support, timing, resources en/of nieuwe inzichten kunnen deze innovatieprojecten alsnog een succes worden. Juist tweede pogingen hebben meer kans op slagen dan startende innovaties!



Hoe werkt het?

Ga naar www.tweedekansenloket.nl en meld het project aan. Op het aanmeldformulier wordt gevraagd om een korte uitleg van het project, de reden voor het verdienen van een tweede kans en de benodigde vorm van support. Na aanmelding vindt er een quickscan en toetsing door het TweedeKansenLoket-panel plaats. Na de toetsing wordt de tweede kans mogelijk opgenomen in de online database op het platform. Via het platform en netwerk gaat het IvBM zich inzetten om de benodigde support te mobiliseren.

Leren van elkaar: casuïstiek

Wij willen dat mensen zich vrij voelen om zaken uit te proberen. Ook wanneer het resultaat niet is gegarandeerd. Maar hoe bereik je dat? Hoe neem je de angst weg voor het toegeven en leren van mislukte pogingen? Transparantie is de sleutel.

Door relevante casussen voor het voetlicht te brengen willen we mensen inspireren en uitdagen om uit te komen voor 'mislukkingen', maar vooral ook om iets met deze ervaring te doen. Wij willen iedereen in het zorgveld oproepen om onverwachte uitkomsten van onderzoek en innovatieprojecten met ons, en nog belangrijker, met elkaar te delen.

De casussen zijn semigestructureerd geschreven. Dat wil zeggen dat een aantal aspecten (intentie, aanpak, resultaat, leerpunten) altijd aan bod komen om maximaal begrip te krijgen voor de context, maar ook voor de generieke lessen. Ook wordt door de redactie van het TvBM een faalprofiel toegevoegd. In het faalprofiel wordt aangegeven in welke verhouding op de diverse niveaus (systeem, organisatie, team en persoonlijk) kan worden geleerd van de casus. Daarnaast worden in het faalprofiel de dominante archetypen benoemd. Ook vindt men steeds een QR-code die verwijst naar de kennisomgeving op het web voor de betreffende casus, met daarop aanvullende informatie, zoals een korte video van de auteur. De methodologie die bij het formuleren en evalueren van de casussen is gehanteerd staat in het hoofdstuk Briljante Mislukkingen methodologie op pagina 50 beschreven.

Overzicht zorg casussen 2018

TITEL	INZENDER	ORGANISATIE	ARCHETYPEN
1 Succesformule maar nog onvoldoende draagvlak	Saskia Benthem	Zorggroep Syntein	
2 Wil de tachtigplusser van morgen nog wel betalen voor een fijne oude dag?	Olivier Coops	Dinst	
3 Schaalbare en betaalbare, maar niet-haalbare jeugdhulp	Reint Dijkema	Coach & Care	
4 Het belang van actieve opsporing en preventie bij erfelijke aandoeningen	Janneke Wittekoek en Manon Houter	LEEFH	
5 Geen sociaal rendement zonder investering	Dik Hermans	VitaValley	
6 Gemeenten onbedoeld opgezaaid met onmogelijke regeling ouder-bijdrage jeugdhulp	Janine Huiden - Timmer	Ministerie VWS	
7 Uitprobeerdienst Dalfsen: Een goede vraagverheldering is het halve werk	Henry Mulder	Saam Welzijn	
8 Jeugdgezondheidszorg is effectief, maar wie zorgt er voor de adolescent?	Wico Mulder	JGZ/GGD Amsterdam	
9 Ziek maar niet zwanger	Claudia Rijcken	pharmacare.ai	
10 Wie financiert leefstijl bij hartrevalidatie?	Peter Wouters	Viactief	

Succesformule maar nog onvoldoende draagvlak

Wie goed verlopen pilots in een complexe bestuurlijke omgeving wil opschalen, moet continu leren en bijsturen om alle relevante partijen te betrekken en actiebereidheid te creëren.

Intentie

Een verschuiving van tweede- naar eerstelijnszorg voor kinderen met ADHD leidde tot veel commotie onder huisartsen. Het probleem? De artsen vonden zichzelf niet bekwaam genoeg om deze groep adequaat te behandelen en het zou ontbreken aan voldoende tijd. Er moest dus hoognodig een nieuwe aanpak komen, waarbij de huisarts ontlast zou worden en de jeugd beter geholpen. Het antwoord bleek een pilot met een praktijkondersteuner huisarts (POH)-GGZ Jeugd, waarmee werd proefgedraaid in de regio van zorggroep Syntein. Zorggroep Syntein is een organisatie voor ketenzorg van een coöperatie van huisartsen.

Aanpak

We zijn op overzichtelijke schaal begonnen en hebben in 2017 eerst een pilot gedaan met een POH-GGZ Jeugd in een grote huisartsenpraktijk in een kleine gemeente. Deze verliep zeer succesvol: huisartsen blij, jeugd blij, en een zichtbare kostenbesparing voor de gemeente. Ook andere gemeenten en huisartsen in de regio waren enthousiast geworden en wilden starten met een POH-GGZ Jeugd.

Resultaat

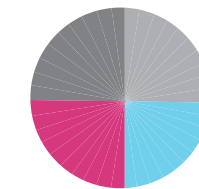
Gezamenlijk afspraken maken binnen een regio met 65 huisartsen en zes verschillende gemeenten bleek buitengewoon ingewikkeld. Je krijgt de neuzen niet zomaar dezelfde kant op. Zo zijn de lokale organisatorische tegenstellingen behoorlijk groot en bestaan er flinke cultuurverschillen tussen gemeentelijk- en zorgdomein. Op bestuurlijk gebied blijkt het een chaos in sommige gemeenten, zeker vlak voor verkiezingstijd. De waan van de dag overheerst dan. De pilot in de eerste gemeente was enorm succesvol, maar de verantwoordelijke beleidsmedewerkers bleken alsnog veel moeite te hebben met het verlengen van de POH-GGZ voor 2018. Er waren ook gemeenten waarin niet de beleidsmedewerkers, maar juist de huisartsen moeilijk te overtuigen waren van het nut van een POH-GGZ Jeugd voor zowel patiënten als henzelf.

Na een opmerkelijk verlopen overleg tussen huisartsen en gemeenten, waarbij zo'n beetje alle archetypen die IvBM aanreikt voorbijkwamen, is het vooralsnog in twee gemeenten gelukt om een POH-GGZ Jeugd op te zetten. De andere (samenwerkende) gemeenten waren daarvoor

nog te verdeeld. Daar werd het plan stilgelegd tot na de verkiezingen van dit voorjaar en een 'hergroepering' van de huisartsen in de loop van 2018. Er is echter geen alternatief plan. Naar verwachting kan POH-GGZ Jeugd met een betere afstemming alsnog in meerdere gemeenten opgezet worden.

Lessen

- 1 Als huisarts doe je veel kennis op over de gemeente, niet alleen als organisatie (de hiërarchie en het jargon, bijvoorbeeld) maar ook als samenwerkingspartner en over de huisartsen als groep. Het is leerzaam om te weten wat er wel en niet gedaan moet worden om een pilot verder uit te kunnen rollen. Timing wordt je allerbeste vriend. Het is nu duidelijk hoe je collega's beter op één lijn kan krijgen, al moet je soms proberen om dat juist niet altijd te willen. Je kan ook zelf de lijnen uitzetten en hapklaar voorschotelen. Daarnaast kan het beter zijn om huisartsen te laten vertegenwoordigen door één persoon met een helder mandaat;
- 2 Soms moet je juist met niet al te veel mensen rond de tafel gaan, maar eerst een inventarisatie maken en dan pas met een delegatie knopen doorhakken (huisartsen in dit geval);
- 3 Het is zaak om gemeenten niet individueel, maar meer als collectief te benaderen, om vervolgens rond de tafel gaan zitten met de medewerkers met de meeste kennis van zaken. Dat is overigens niet altijd de wethouder;
- 4 Probeer de cultuurverschillen tussen gemeenten en zorgprofessionals te herkennen en hier rekening mee te houden.



- Systeemfalen
- Organisatiefalen
- Teamfalen
- Individueel falen



Scan de QR code voor de online versie en aanvullend (video) materiaal

Faaltprofiel

Archetypen

De lege plek aan tafel - Om een verandering te laten slagen is instemming van alle partijen nodig. Door culturele en organisatorische verschillen en onvoldoende draagvlak is het lastig om de verschillende gemeenten op een lijn te krijgen en om alle huisartsen te overtuigen van het nut van een POH-GGZ jeugd.

De gloeilamp - Vooruitgang loopt niet via een rechte lijn en daarom moeten we proberen, experimenteren en leren wat de beste aanpak is. In deze casus zijn op voorhand lang niet alle relevante zaken en onderlinge verbanden te overzien. De indiener van deze casus heeft veel geleerd aan praktische oplossingen om met de aanwezige complexiteit om te gaan en innovaties een kans te geven in dit krachtenveld. Zoals bijvoorbeeld op het juiste niveau, overkoepelend, bij de gemeente insteken, besluitvorming met delegaties van huisartsen in plaats van decentraal in grote groepen. Iedere situatie vraagt daarbij om een specifieke benadering.

De huid van de beer - De stap van proof of concept naar proof of business is groot, zeker in een gedecentraliseerde complexe en chaotische omgeving met veel belanghebbenden en weinig 'mentale' ruimte om vernieuwing toe te laten. Wat betreft de huisartsen die niet de voordelen van POH-GGZ inzien is hier is wellicht ook sprake van.

De canyon - Het kan lastig zijn om buiten de eigen routine, gewoontes en best practices te geraken. Hier is tevens een link te leggen naar de fixed mindset zoals Carol Dweck (2007) die omschrijft; het - veelal ook door drukte, gebrek aan tijd en mentale ruimte - vermijden van uitdagingen, snel defensief worden en zich zelfs bedreigt voelen door veranderingen.

Faalniveau

Falen op alle niveaus - De veelheid aan, en verschillen tussen de spelers in het systeem in combinatie met de bestuurlijke chaos op organisatieniveau maken het voor teams en individuen bijzonder lastig om succesvolle innovaties op te schalen. Zeker als daar nog ingesleten manieren van werken bij komen kijken.

Wil de tachtigplusser van morgen nog wel betalen voor een fijne oude dag?

Irrationeel gedrag van eindgebruikers laat zich moeilijk voorspellen. Om de wensen die vanuit dit gedrag ontstaan in kaart te brengen, is een kwalitatieve benadering vereist. In sommige gevallen is de weg van 'trial & error' noodzakelijk.

Intentie

Bestaande thuiszorgorganisaties mogen door bezuinigingen alleen nog medisch noodzakelijke handelingen uitvoeren en hebben grote moeite voldoende zorgverleners te vinden. Tegelijkertijd wordt er verwacht dat in 2040 het aantal alleenwonende 80+ 'ers verdubbeld zal zijn. Er zijn dan nog maar twee werkenden voor elke gepensioneerde in Nederland. De partners, kinderen en naasten van hulpbehoevende ouderen moeten de rol van de terugtrekkende overheid overnemen. Dat brengt voor deze mantelzorgers echter grote problemen met zich mee. Ter illustratie: 40% van de mantelzorgers die zorgt voor iemand met dementie kampt met symptomen van ernstige depressie (bron: VUmc, mei 2017).

In dit licht wilden we met organisatie Dinst een antwoord bieden op de vraag: "Wie gaat de dagelijkse, niet medische, ondersteuning van kwetsbare ouderen op zich nemen als de mantelzorger dat niet (langer) kan of wil?". Uit vele interviews kregen we de bevestiging dat mantelzorgers graag wat taken uit handen zouden geven aan "vaste gezichten aan huis". Dinst wilde hét loket voor betrouwbare diensten aan huis zijn. De intentie was om met zeer goede service en een scherpe prijs, aan te tonen dat mensen bereid zijn te betalen voor ondersteuning aan huis. In tegenstelling tot andere organisaties in de ouderenzorg zou Dinst de mantelzorgers wel kunnen bereiken. Dit dankzij verrassende eigentijdse marketing en communicatie.

Aanpak

De twee oprichters van Dinst hebben eerst het probleem onderzocht door veel interviews met de doelgroepen (ouderen, mantelzorgers en potentiële dienstverleners) af te nemen. Ondertussen bouwden ze een eerste versie van een online platform. Dit in een multidisciplinair team van circa zes gemotiveerde en sociaal gedreven mensen. Dinst is vervolgens gestart als online marktplaats met professionals zoals thuiskappers, schoonheidsspecialisten en klusjesmannen aan huis bij ouderen. Dinst had ruim 150 dienstverleners die persoonlijk gescreend waren en zich online voorstelden. Dit kwam inclusief introductiefilmpje, prijzen, beschikbaarheid en recensies.

Resultaat

Ondanks een sterk team en enorme inzet lukte het niet om de gestelde groei te realiseren. Dit was echter hard nodig om

commercieel bestaansrecht op te bouwen. We hebben twee online routes doorlopen om de doelgroep te bereiken. Direct naar de consument via dinst.nl en door ons aanbod aan te bieden op andere websites. Daarnaast hebben we ons platform ook als 'white label SaaS' oplossing verkocht aan grote thuiszorgorganisaties: de bij de marktplaats behorende software en inrichting konden de thuisorganisaties op die manier onder eigen vlag voeren. Naast data gedreven online marketing was Dinst ook aanwezig in de wijk met diverse activiteiten. Het grootste aantal nieuwe klanten kwam daarbij vanuit relaties met huisartsen.

Ondanks het feit dat klanten hun dienstverleners gemiddeld met een 8,7 beoordeelden, lukte het ons niet om een band op te bouwen met de klanten. Achteraf kunnen we stellen dat klanten voor deze niet-frequente diensten (een klusjesman komt misschien twee keer per jaar langs, een kapster elke zes weken) alleen in contact willen komen met de juiste dienstverlener. Ze hebben daarbij wellicht geen behoefte aan verdere betrokkenheid van Dinst. We besloten bij gebrek aan omzet niet om het geld van investeerders op te maken, maar om over te stappen op een ander model met één type dienst. De Thuiservice was geboren: een vertrouwd gezicht aan huis voor alle dagelijkse taken.

Een prijs van €19,95 per uur leek ons voor 75% van de tachtigplussers in Nederland prima te betalen. Zeker omdat mensen met een pgb (persoons gebonden budget) ook bij Dinst terecht konden. Dinst had een duidelijke toegevoegde waarde door de aangeboden continuïteit en kwaliteit binnen de wekelijkse, soms dagelijkse, ondersteuning aan huis. In gesprekken met mantelzorgers bleek dat zij extra ondersteuning dan ook nodig en betaalbaar vonden. De ouderen (80+) van nu denken daar echter toch anders over, bleek uit onderzoek onder 685 oudere leden van een publieke thuiszorgorganisatie in het Gooi. Tachtigplussers vinden dat ze recht hebben op betaalde overheidssteun, anders doppen ze hun eigen boontjes wel. Maar betalen voor hulp in huis, nee...

Lessen

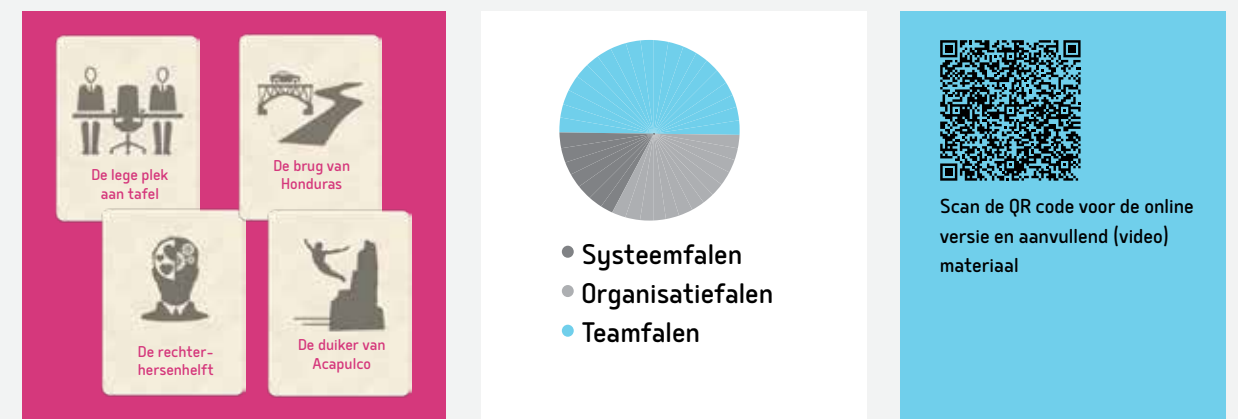
Dinst anticipeerde op een snel groeiende dienstmarkt met het internet als belangrijk communicatiekanaal. Hiermee werd een risico genomen. Dat is verkeerd uitgekapt.

- 1 Dinst had haar dienstverleners minder kunnen betalen en daardoor een uurprijs van €16 aan haar klanten

- 2 kunnen berekenen. De organisatie wilde mensen echter een eerlijk uurloon betalen; We hadden met heel lage kosten onze activiteiten lokaal kunnen doorzetten. In dat scenario was er geen budget (en investeerder) te vinden voor échte vernieuwing, met betere service tegen lagere prijzen. En dat is juist wat we wilden;
- 3 Dinst had kunnen fuseren met een andere grotere organisatie. Dat is in een late fase geprobeerd maar niet gelukt, mede vanwege het beperkt aantal klanten bij Dinst en de afwijkende manier van werken. Uiteindelijk hebben we de klanten wel netjes kunnen overdragen aan SaaraanHuis;
- 4 Dinst had over kunnen stappen naar een faciliterende B2B rol en bestaande organisaties kunnen ondersteunen met strakke processen en automatisatie. Dit is wat het bedrijf Honor in de VS gedaan heeft gedaan. Daar was onze techniek nog niet goed genoeg voor en inmiddels was het geld op.

- 5 Van te voren was er niet de beschikking over de bovenstaande kennis. Achteraf lijkt de ideale route van Dinst makkelijk uit te stippelen. Dit voelde van te voren echter absoluut niet zo. De weg van vooruitgang loopt vaak via 'Trial & Error', en dat is belangrijk om te erkennen.

Als we vooruit kijken is er echter hoop! De tachtigplusser is over tien jaar een ander type zorgconsument dan nu. Zij zijn mede dankzij het internet beter geïnformeerd en gewend aan wat meer luxe. Ze weten dat ze zelf moeten gaan betalen voor ondersteuning op hun oude dag. Dit, in combinatie met het steeds groter wordende sociale probleem rondom zelfstandig thuis wonen, vraagt om goede landelijke aanbieders. De vraag is nu wanneer de tijd rijp is om groots in te stappen. Daarnaast is het belangrijk om landelijk snel te kunnen groeien en tegelijk toegang te kunnen houden tot lokale netwerken met zorg- en welzijn professionals.



Archetypen

De rechter hersenhelft - De dienst is mede ontwikkeld naar aanleiding van interviews, maar het niet-rationele gedrag van gebruikers laat zich daaruit kennelijk toch lastig voorspellen.

De lege plek aan tafel - Er is weliswaar gesproken met de cliënten, maar niet of minder met organisaties die als distributiekanaal hadden kunnen dienen, zoals zorginstellingen. Die zijn pas in tweede instantie betrokken.

De brug van Honduras - Je denkt een probleem geadresseerd te hebben, maar dan dient zich een nieuw probleem aan. Dat was hier dus de onwil om te betalen voor de dienst.

De duiker van Acapulco - Dit soort intermediaire diensten zijn voor deze doelgroep nieuw. Misschien kwam het nog te vroeg.

Faalniveau

20% systeemfalen - Er bleken geen goede afspraken gemaakt te kunnen worden tussen alle betrokken partijen die financieel een goed alternatief boden voor de situatie waarin mensen niet gewend zijn te betalen voor zorg.

30% organisatiefalen - De zorgorganisaties hebben geen model weten te vinden waarmee ze deze propositie aantrekkelijk voor de cliënten en zichzelf hebben kunnen maken. Ze waren niet in staat uit hun gebruikelijke manier van werken te stappen.

50% teamfalen - Er is marktonderzoek gedaan, maar toch waren de prognoses te optimistisch. Het feit dat mensen niet bereid zijn om te betalen voor de diensten is een misser met grote gevolgen. Dit impliciete aspect van het besluitvormingsproces bij de cliënt is niet in kaart gebracht. Ook bleken zorgorganisaties minder enthousiast dan gehoopt toen men een alternatief businessmodel ging proberen.

Schaalbare en betaalbare, maar niet-haalbare jeugdhulp

Ga er niet vanuit dat een goede of zelfs betere oplossing automatisch door de markt wordt geaccepteerd. Onderzoek de dynamiek van de markt: Zijn er gevestigde belangen? Zijn er substitutiekosten? Heeft men bewijslast nodig? Zijn aanbestedingsregels van toepassing?

Intentie

In 2015 is de nieuwe Jeugdwet ingegaan waarbij de Jeugdzorg onder de verantwoordelijkheid van de gemeente is gekomen. Dit betekent dat niet langer de bureaus Jeugdzorg en de verzekeraars bepalen of en hoe jongeren de benodigde jeugdhulp (vergoed) krijgen, maar dat dit bij de gemeente ligt. De decentralisatie van de Jeugdzorg en de ontwikkelingen op het gebied van online hulpverlening vormden inspiratie voor de innovatieve en kostenverlagende Jeugdhulpmethode 'Coach & Care'. Een replicerbare methodiek die onder meer gebruik maakt van online hulpverlening.

Het doel van Coach & Care is ervoor zorgen dat niet iedere gemeente het wiel opnieuw moet gaan uitvinden en er eenheid ontstaat en blijft bestaan in de werkzaamheden van professionals in de Nederlandse jeugdzorg. De methodiek is tot stand gekomen met medewerking van het Nederlandse Jeugd Instituut te Utrecht, Berenschot Utrecht, het Beroepsregister Agogische beroepen en Maatschappelijk Werk en de Nederlands Vereniging voor Maatschappelijk Werk.

Aanpak

De ambitie voor de ontwikkeling van de Coach & Care methode is ontstaan na het opdoen van de volgende inzichten:

- Het gegeven dat de gemeenten door de decentralisatie van Jeugdzorg de vrijheid krijgen om jeugdhulp op een vernieuwende manier toe te kennen en in te richten, maar nog niet weten hoe zij jeugdhulpvergoedingen gaan toekennen.
- De ontwikkeling van meer specialiserende methoden in de Jeugdzorg, terwijl de ontwikkeling van generaliserende methoden breed wordt gepropageerd, waaronder door de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Veel onduidelijkheid binnen de Jeugdzorg over werkzaamheden, verantwoordelijkheden en taken.
- De effectiviteit van online hulpverlening in combinatie met toenemend gebruik van mobiel en internet.

Vanuit de bovengenoemde observaties zijn de inhoud van de Jeugdwet en processen binnen de Jeugdzorg verder in kaart gebracht. Hiervoor zijn verscheidene rapporten,

onderzoeken en theorieën geraadpleegd. Alle inzichten zijn geïntegreerd, aangevuld met stakeholders-analyse, interviews, deskundigenoordelen en Berenschot-adviezen. Op deze manier zijn de methodische handleiding, het functioneel ICT-ontwerp en het businessplan gemaakt.

De methodiek bestaat uit on- en offline coaching-modules waarmee jongeren tussen de 12 en 23 jaar intensieve hulp krijgen bij het bereiken van opvoedkundige doelen. Zij ontvangen hiervoor een begeleidingsvergoeding van de gemeente. De methodiek bestaat uit meerdere modules die verschillen en afzonderlijk betaalbaar zijn. Om onder- of overbehandeling te voorkomen wordt er na elke module gekeken of de opvolgende module nodig is.

Resultaat

Bij diverse gemeenten is de dienst besproken en gedemonstreerd. Ondanks de belangstelling hapt niemand toe. Het lukt niet om de dienst te verkopen en het geld is op. Het blijkt lastig om tussen de vaste aanbieders te komen. Bij de gemeente is geen directe vraag naar een vernieuwende methode. Zij houden vast aan bestaande methoden die ook al voor de decentralisatie werden gehanteerd.

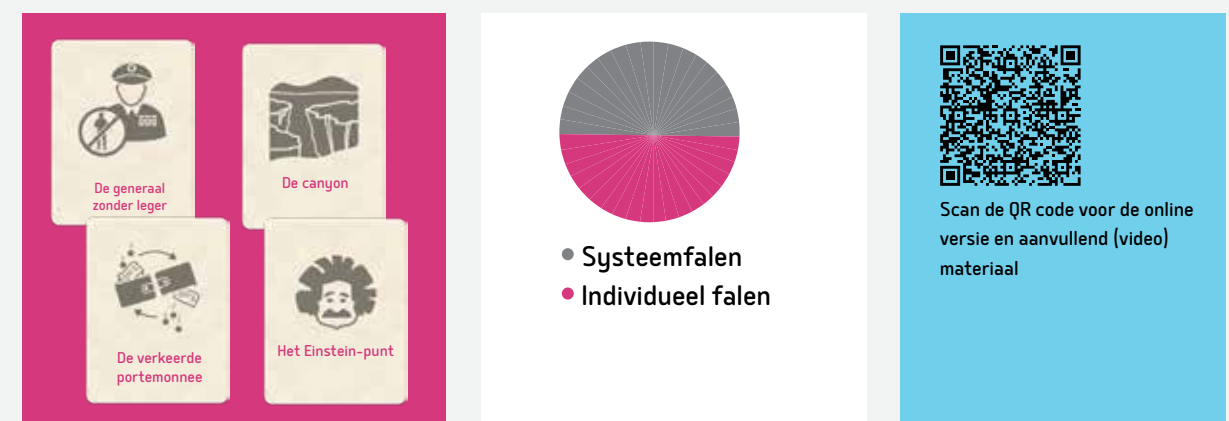
Zolang de overheid opvoedingshulp vergoedt zal er geen vraag zijn naar innovatie en goedkopere methoden en diensten zoals Coach & Care. Het rijk bekostigt gemeenten. En de gemeenten betalen aanbieders via inkoopcontracten en/of subsidies. Zolang de gemeenten van de overheid een vast bedrag ontvangen voor jeugdhulp is er voor gemeenten geen noodzaak om op zoek te gaan naar innovatieve en goedkopere methoden. De consequentie van de vergoedingen is dus dat er geen marktwerking ontstaat.

De arbeidsstandaardisering van Coach & Care is complex zodat zonder een pilot de toegevoegde waarde van de dienst lastig uit te leggen is. Daarbij is de vergelijkbaarheid van de bestaande diensten gering, laten de zeven typen jeugdhulp zich moeilijk preciseren en zijn de cliënten individuele subjecten. Het resultaat is een vicieuze cirkel, waarbij er zonder financiering geen pilot gerealiseerd kan worden. Zonder pilot zien gemeenten de

toegevoegde waarde niet en wanneer zij die niet zien is er geen vergoeding.

De lessen

- 1 Innoveren in de publieke sector kent een andere dynamiek dan in een commerciële sector. Binnen de overheid heb je nog steeds te maken met een complex veld met soms tegengestelde belangen. Snel en wendbaar zijn lukt binnen de overheid vaak niet. Dat kunnen alleen bedrijven die rekening moeten houden met de directe wensen van betalende gebruikers, namelijk jongeren en ouders.
- 2 Het is moeilijk om van een complex product de toegevoegde waarde uit te leggen. Financiers zijn hierdoor terughoudend, waardoor er vervolgens geen pilot gerealiseerd kan worden. Zonder die pilot blijft het uitleggen van de toegevoegde waarde een probleem. Het avontuur privé voltooien met spaargeld is onmogelijk.
- 3 Je moet leren omgaan met het gegeven dat gemeenten vanwege hun eigen organisatiestructuur en de uiteenlopende belangen van de diverse betrokkenen niet zullen aansturen op creativiteit of innovatie. Laat staan dat zij zich ondernemend opstellen of risico's omarmen.
- 4 Er is altijd sprake van een 'toetreders-barrière' en bijna alle aanbieders zijn in staat om hun heterogeen oligopolie (in volume) te beveiligen en te blokkeren. Omdat particulieren geen jeugdhulp kopen (zij betalen niet zelf), is er geen vraag naar een betere en goedkopere dienst.
- 5 Als je iets creëert en je een duidelijke visie hebt, moet je je eigen koers vasthouden. Werk samen en consulteer waar het kan, maar pas op dat de visie niet vertroebelt, anders sta je niet meer volledig achter je eigen creatie en verlies je focus en doorzettingsvermogen.



Archetypen

De verkeerde portemonnee - Er zijn partijen die minder kunnen verdienen omdat het geld uit een collectieve pot komt die niet groter wordt.

Het Einstein-punt - Het is een complexe situatie die door bepaalde keuzes extra ingewikkeld is geworden, waardoor het moeilijk is om keuzes te maken.

De generaal zonder leger - Er is begonnen aan het avontuur met onvoldoende middelen om bij tegenslag nog lang op de oude voet door te kunnen gaan.

De canyon - Het is lastig bestaande rollen en verantwoordelijkheden in het systeem te veranderen.

Faalniveau

50% Systeemfalen - Het is in deze verdringingsmarkt moeilijk om een nieuw en wellicht beter en schaalbaarder model te implementeren.

50% Individueel falen - De bedenker had eerder relevante partijen kunnen betrekken bij het idee en hij had in zijn planning/financiering meer rekening moeten houden met de weerbarstigheid van dit complexe systeem.

Het belang van actieve opsporing en preventie bij erfelijke aandoeningen

Een kritische succesfactor voor het investeren in preventie, is een goede ‘businesscase’ en het zorgvuldig doorrekenen van de kosten en baten. Om het nut aan te tonen en de impact van de preventie te vergroten, moet daarbij de gehele keten van stakeholders betrokken worden.

Intentie

Een hoog cholesterol kan erfelijk bepaald zijn, Familiäre Hypercholesterolemie (FH) genaamd. In Nederland heeft 1 op de 240 personen deze erfelijke aandoening. Dit komt neer op ongeveer 70.000 personen. Van een te hoog cholesterol merk je (in eerste instantie) niets. Dit betekent dat een persoon met FH vaak niet zelf met een zorgvraag bij huisarts of specialist komt. Alleen door actief opsporen kunnen de FH families en nog niet gediagnosticeerde FH patiënten in kaart worden gebracht.

Tijdige diagnose en behandeling zijn belangrijk voor patiënten met FH. Al voor het 20e levensjaar kan er namelijk ongemerkt ernstige aderverkalking plaatsvinden. Hierdoor is er een zeer grote kans op hart- en vaatziekten. Bij een vroegtijdige diagnose en juiste behandeling wint een gemiddelde FH patiënt elf gezonde levensjaren.

In de afgelopen jaren hebben meerdere partijen zich ingezet om mensen met FH op te sporen. Daaruit is de stichting LEEFH voortgevloeid. Stichting LEEFH zet zich in om FH patiënten vroegtijdig op te sporen en hen te informeren over de risico's, de diagnose en de behandeling, om hart- en vaatziekten te voorkomen. Graag zou LEEFH ook potentiële patiënten actief opsporen, maar de mogelijkheden zijn beperkt tot het helpen van indexpatiënten bij het informeren van hun familieleden.

Aanpak

In 1993 is de StOEh opgericht (Stichting Opsporing Erfelijke Hypercholesterolemie). Wanneer bij een eerste familielid, via DNA onderzoek, FH werd vastgesteld, werden familieleden via systematische opsporing actief benaderd. De aanpak was zeer laagdrempelig. Tijdens een huisbezoek werd voorlichting gegeven en bloed afgenomen voor cholesterolmeting en DNA onderzoek. In 2003 werd deze aanpak ‘erkend’ als bevolkingsonderzoek onder verantwoording van CVZ (later RIVM) en bekostigd door VWS. Het bevolkingsonderzoek stopte echter eind 2013. De opdracht van VWS was vervolgens om het opsporen van familieleden onder te brengen in de reguliere zorg. Hiertoe is eind 2013 stichting LEEFH opgericht. LEEFH neemt de landelijke coördinatie van FH zorg op zich met het doel om de 40.000 nog niet opgespoorde personen te vinden.

Vanaf 2014 valt de opsporing van FH onder ‘verzekerde zorg’. Van actieve opsporing zoals tijdens het bevolkingsonderzoek plaatsvond kan daardoor geen sprake zijn. Dit valt namelijk niet binnen de kaders die door Zorginstituut Nederland zijn opgesteld. Een familielid dat FH vermoedt zal zich met een zorgvraag moeten melden. LEEFH heeft daarom een netwerk van regionale FH expertisecentra opgebouwd. Zij helpen indexpatiënten bij het informeren van hun familieleden. Dit als extra taak naast het vaststellen van de juiste diagnose en behandeling.

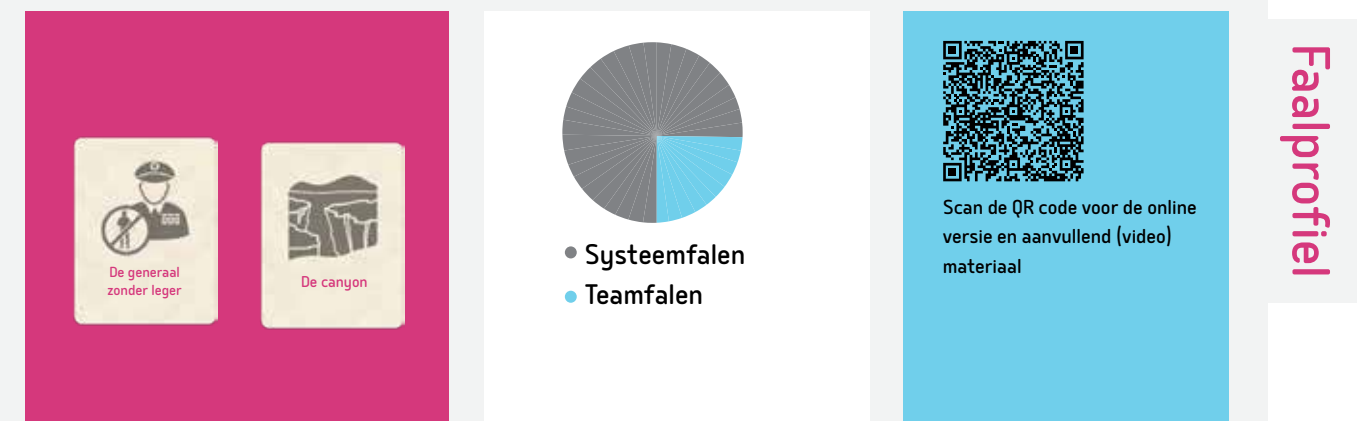
Resultaten

In eerste instantie leek het bevolkingsonderzoek succesvol. Tot 2012 was men in de veronderstelling dat de FH prevalentie 1 op 400 was (40.000 personen met FH in Nederland). Op basis van deze cijfers leek de gestelde doelstelling haalbaar; het diagnosticeren van 70%, 28.000 FH patiënten. Nieuw onderzoek in 2012 wees echter uit dat de correcte prevalentie van FH in Nederland 1 op 240 is. Het werkelijke percentage van gediagnosticeerde FH patiënten bleek daarom veel lager (41%). Op basis van deze nieuw verkregen kennis leek het een logische stap om het bevolkingsonderzoek voort te zetten. Echter was het beëindigen hiervan eind 2013 een onomkeerbaar besluit.

Na het stoppen met actieve opsporing nam het aantal geregistreerde patiënten per jaar af met 78%. Potentiële patiënten waren nu minder goed te bereiken, doordat de verantwoordelijkheid voor het benaderen van potentiële patiënten bij familieleden lag. In 2016 besloot LEEFH daarom weer in gesprek te gaan met VWS. Dit met als doel om weer de toestemming en middelen te verkrijgen voor actieve opsporing. Helaas mocht deze poging niet baten en zijn de mogelijkheden van LEEFH beperkt tot het helpen van indexpatiënten bij het informeren van hun familieleden. Het resultaat is dat nog steeds 58% van de personen met FH niet weet dat zij erfelijk belast zijn met de aandoening en met goede behandeling meerdere gezonde levensjaren kunnen winnen.

Lessen

- 1 Niet alles is te voorzien. De financiering werd stopgezet, terwijl de noodzaak van het bevolkingsonderzoek vanwege een hogere prevalentie juist groter bleek dan van tevoren gedacht.
- 2 Eenzijdige afhankelijkheid van financiering maakt kwetsbaar, zeker als het om ‘preventie’ activiteiten gaat. Helaas is financiering van preventie nog steeds lastig omdat degene die voor de kosten opdraait niet altijd degene is die de vruchten plukt.
- 3 Het is belangrijk om plannen goed te onderbouwen en door te rekenen. Toen aangeklopt werd bij VWS waren de exacte kennis en cijfers waarmee de noodzaak aangetoond kon worden nog niet beschikbaar. Als reactie hierop is er in samenwerking met het consultancy bedrijf Vintura een businesscase opgesteld.
- 4 Deze businesscase zal de basis vormen bij een nieuwe poging om actieve opsporing van FH patiënten te realiseren.
- 5 Bij het opstellen van de businesscase kwam het besef dat er niet alleen aandacht besteed moet worden aan de opsporing. In dezelfde keten behoeven een juiste diagnose en vervolgens behandeling ook voldoende aandacht. Alleen dan kan de investering die gedaan moet worden in het bevolkingsonderzoek zijn beoogde rendement behalen.



Archetypen

De generaal zonder leger – Actieve opsporing door middel van bevolkingsonderzoek blijkt, zeker achteraf, een goed idee. Helaas waren er onvoldoende financiële middelen.

De canyon – De gewenste aanpak van actieve opsporing in de vorm van selectieve preventie paste niet in het stramien van verzekerde zorg.

Faalniveau

75% Systeemfalen – Zoals zo vaak met preventie, er is geen systeemeigenaar en daarom is echt commitment niet te vinden.

25% Teamfalen – Het team had scenario's kunnen overwegen waarin de eindigheid van de subsidie/steun van VWS was meegenomen.

Geen sociaal rendement zonder investering

Maak bij de start van een project inzichtelijk wat de verwachte investering en het beoogde rendement van iedere stakeholder is. Wanneer dit tijdig en grondig wordt onderzocht en gedeeld, kunnen op tijd valkuilen worden gedetecteerd en plannen worden aangepast om een zo groot mogelijke impact te realiseren.

Intentie

Het initiatief Lééf betreft een project van enkele consultants en deskundige mantelzorgers met veel ervaring. De groep zocht een tijd lang gezamenlijk naar een alternatieve manier om mensen met een beperking te ondersteunen. Het uitgangspunt van Lééf was het concept van dienstverlening omdraaien: niet redeneren vanuit de systeemwereld en haar institutionele aanbod, maar vanuit de behoeften én mogelijkheden van mensen. De potentiële ondersteuningskansen vanuit hun directe omgeving en de wijk waarin ze wonen waren hierbij ook belangrijk. 'Wederkerigheid' stond centraal binnen dit project, omdat hulpbehoevenden zelf ook iets te bieden hebben. Binnen dit concept van zelf- en samen zorg zouden ter ondersteuning innovatieve technologieën hun plek krijgen.

De initiatiefnemers van Lééf hadden het doel om mensen langer thuis te laten wonen en eenzaamheid terug te dringen. Dit wilden ze bereiken door te begeleiden bij het maken van nieuwe contacten. Daarmee zouden de mantelzorgers worden ontlast, de betreffende wijken of regio's leefbaarder worden en de kosten binnen de ZVW, WLZ en WMO teruggedrongen.

Halverwege haakte de organisatie VitaValley aan. Dit is een open en onafhankelijk platform waarbij de focus op het opschalen en versnellen van innovaties ligt. Vooral het verbeteren van de gezondheid en het welzijn in Nederland is een belangrijk punt. Implementatie van digitale toepassingen zou moeten leiden tot doorbraken in zelfregie en zelfstandigheid.

VitaValley werd in eerste instantie betrokken bij Lééf met het oog op potentiële financiering, maar bleek later voornamelijk een bijdrage te kunnen leveren aan de strategievorming van het initiatief.

Aanpak

De initiatiefnemers hebben een coöperatie opgericht om een goede organisatiestructuur te realiseren voor Lééf. De coöperatie zou in pilots het Lééf-concept uitproberen. Vervolgens zou het model voor lokale franchisenemers beschikbaar worden. Om de mogelijkheden van opschaling en implementatie te onderzoeken is eerst een businessplan ontwikkeld. Dit businessplan is gevolgd door een

Social Return on Investment (SROI)-analyse met een positieve ratio. Dit houdt in dat er onderzoek plaatsgevonden heeft naar de kosten en baten van Lééf, en dat het initiatief uiteindelijk rendabel bleek. Belangrijke elementen bij de gebruikte SROI-methode zijn dat alle stakeholders betrokken worden en dat alle significante zaken tegen het licht worden gehouden. Voor de pilots was het cruciaal om een lokaal initiatief te vinden, waar partijen (burgers, gemeente, zorgaanbieder en zorgverzekeraar) gezamenlijk bereid waren een consortium te vormen en de benodigde investeringen te realiseren. Het grootste deel van deze investering zou bestemd zijn voor de zogenoemde Lééfhuizen. Dit zijn locaties waar hulpbehoevende personen tijdelijk ondersteuning kunnen ontvangen.

Resultaat

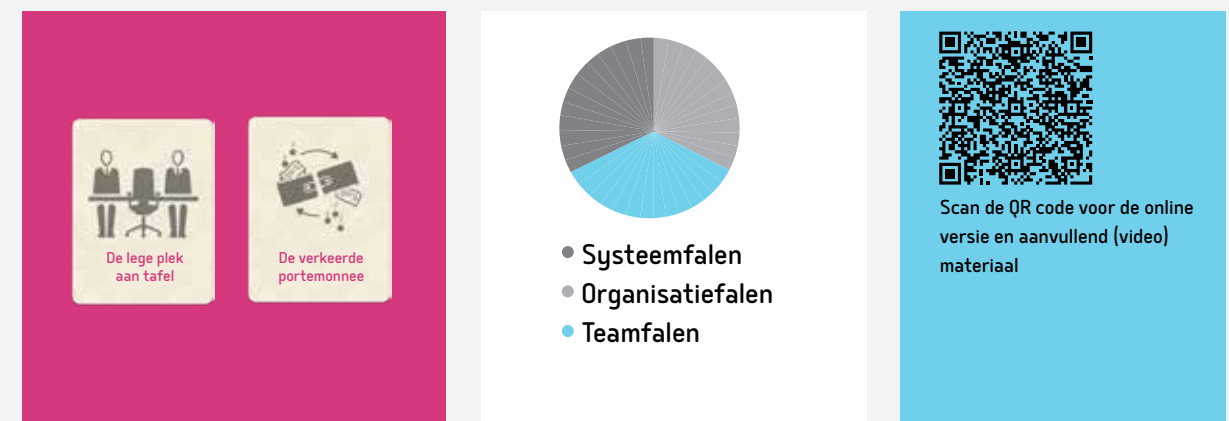
De coöperatie is er niet in geslaagd om het concept met pilots in de praktijk te testen, omdat er sprake was van de onderstaande problemen tijdens het realisatieproces.

Binnen de groep initiatiefnemers bleek er ten eerste onenigheid te heersen over de koers en ongelijkwaardige inzet. Aangezien er geen succesgarantie was, stelde een deel van de betrokkenen zich in eerste instantie afwachtend op. Dit leidde tot veel energieverlies en uiteindelijk tot het afslanken van de coöperatie. Vervolgens hebben de resterende drie leden in anderhalf jaar alles op alles gezet om één of twee mogelijke projecten te realiseren. Als er voor de deadline geen kansrijke pilot in de praktijk kon worden gebracht, zouden we stoppen met het initiatief. Helaas is het team er uiteindelijk niet in geslaagd. Ondanks het enthousiasme over het concept, bleek de financiering van het vastgoed (Lééfhuis), telkens weer de bottleneck. Er werd naar alternatieve financieringsmethoden gezocht (Health Impact Bonds, crowdfunding, zorgobligaties en sociale fondsen), maar helaas kwam er telkens -ondanks inhoudelijk commitment- geen budget vrij. Soms leek het alsof de financieringsbarrière overwonnen ging worden, maar dan werd het initiatief alsnog op het laatste moment afgekeurd. Reden: het paste niet volledig binnen het plaatselijke gemeentebestuur. In de betreffende gemeente werd namelijk ingezet op een burgerinitiatief en niet op een multi-stakeholder model.

Lessen

Ondanks het feit dat Lééf nooit de benodigde financiële steun heeft kunnen krijgen, zijn er een aantal waardevolle lessen opgedaan tijdens het traject.

- 1 Door deze ervaring heeft VitaValley het gebruik van de SROI-methode kunnen aanscherpen. De organisatie begint nu geen enkel project zonder eerst een SROI-analyse uit te voeren. Het belang van een vroegtijdige uitvoering van de analyse blijkt namelijk groot! In het geval van Lééf werd de analyse pas uitgevoerd toen VitaValley aansloot bij het initiatief.
- 2 De oorspronkelijke initiatiefnemers waren destijds al anderhalf jaar bezig met het concept. Uiteindelijk bleek uit de analyse dat de businesscase voor de gemeente (net) niet positief was. Een essentiële stakeholder wilde zich daarom niet committeren. Wanneer zoiets vroegtijdig wordt geconstateerd kan
- 3 Mocht er vroegtijdig een degelijke analyse worden uitgevoerd, dan nog blijkt het doorbreken van de systeemwereld met een radicaal ander concept weerbarstig. Een aansprekende visie en evidente businesscase kunnen dan nog steeds niet altijd opwegen tegen (plaatselijke) politieke agenda's.
- 4 Vooral het vastgoedcomponent vereiste een risicovolle investering die in deze periode en met de beschikbare teamkennis te groot bleek. Het is aan te raden om vroegtijdig te signaleren welke kennis ontbreekt in een team.



Archetypen

Lege plek aan tafel – Er was niemand die verstand had van de vastgoedcomponent. Hierdoor bleef de financiering hiervan steeds een struikelblok.

De verkeerde portemonnee – De businesscase viel voor de gemeente (net) niet positief uit. Daarom committeerde deze essentiële stakeholder zich niet.

Faalniveau

33,3% Systeempalen – Het doorbreken van de systeemwereld met een radicaal ander concept blijft lastig. (Plaatselijke) politieke agenda's zorgen ervoor dat financiering niet binnengehaald kan worden.

33,3% Organisatiefalen – De SROI-analyse is te laat uitgevoerd. De benodigde kennis hiervoor was te laat aanwezig.

33,3% Teamfalen – De inzet en belangen van de diverse teamleden verschilden. Dit zorgde voor energie- en tempo-verlies.

Gemeenten onbedoeld opgezadeld met onmogelijke regeling ouderbijdrage jeugdhulp

Voordat je een nieuwe regeling of wet invoert, doe een zogenaamde uitvoeringstoets: Wat is de impact op de diverse partijen? Welke processen/systemen moeten worden aangepast? Zijn er uitzonderingen denkbaar? Daarnaast moet je wendbaar zijn en de plannen continu willen aanpassen.

Intentie

Toen in 2015 de decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten plaatsvond, werden de gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdzorg. De Wet op de Jeugdzorg voor gezinnen met opvoed- en opgroei-problematiek is toen veranderd in de Jeugdwet. De nieuwe Jeugdwet werd daarbij uitgebreid naar andere doelgroepen, waaronder jeugd met GGZ-problematiek. Eén van de regelingen uit de oude wet, de ouderbijdrage, werd in de Jeugdwet overgenomen en was nu ook van toepassing op de nieuwe doelgroepen. In de praktijk betekende de regeling dat ouders een bijdrage betaalden om een deel van de verblijfskosten van hun opgenomen kinderen te bekostigen. Ouders zouden namelijk minder kosten hebben wanneer hun kind niet thuis woont, was het idee.

Voorheen vloeiende de opbrengst van de ouderbijdrage, ongeveer 11 miljoen per jaar, naar de schatkist. Veel van deze bijdragen werden uiteindelijk niet geïnd omdat de juiste informatie daarvoor niet werd doorgegeven. Dit was een bekend feit voor de betrokken ministeries. Het decentralisatiemoment en daarmee de verschuiving van de verantwoordelijk én het budget naar gemeenten, werd aangegrepen om dit recht te zetten. Door een financiële prikkel voor gemeenten te bewerkstelligen zou er met ingang van 1 januari 2015 scherper toegezien gaan worden op de uitvoering van de ouderbijdrageregeling. Dit zou vervolgens een opbrengststijging creëren.

Aanpak

Op het macrobudget voor jeugdhulp, dat per 2015 van Rijksoverheid naar gemeenten zou gaan, werd het bedrag van de ouderbijdrageregeling in mindering gebracht. Gemeenten moesten dit bedrag zelf binnen krijgen via uitvoeringsinstantie CAK. Kortom: een flinke financiële prikkel. Het Ministerie van Financiën zette in op een bedrag van 45 miljoen, maar kwam uiteindelijk een bedrag van 26 miljoen overeen.

Het Centraal Administratie Kantoor (CAK) ging de ouderbijdrageregeling onder de nieuwe wet uitvoeren. Om dit te realiseren richtte het CAK een ICT-systeem in en zou het CAK zorgdragen voor het innen van het bedrag. Hierna zou de opbrengst naar de gemeente gaan.

Het onderwerp was in de Tweede Kamerbehandeling van de Jeugdwet (februari 2014) geen belangrijk punt van aandacht, omdat het werd gezien als een reguliere uitvoering die in de nieuwe wet kon worden opgenomen. Hierdoor waren belangrijke wijzigingen in de uitvoer van de regeling én ten aanzien van de betreffende doelgroepen niet direct duidelijk bij de belanghebbenden, zoals de gemeenten en GGZ.

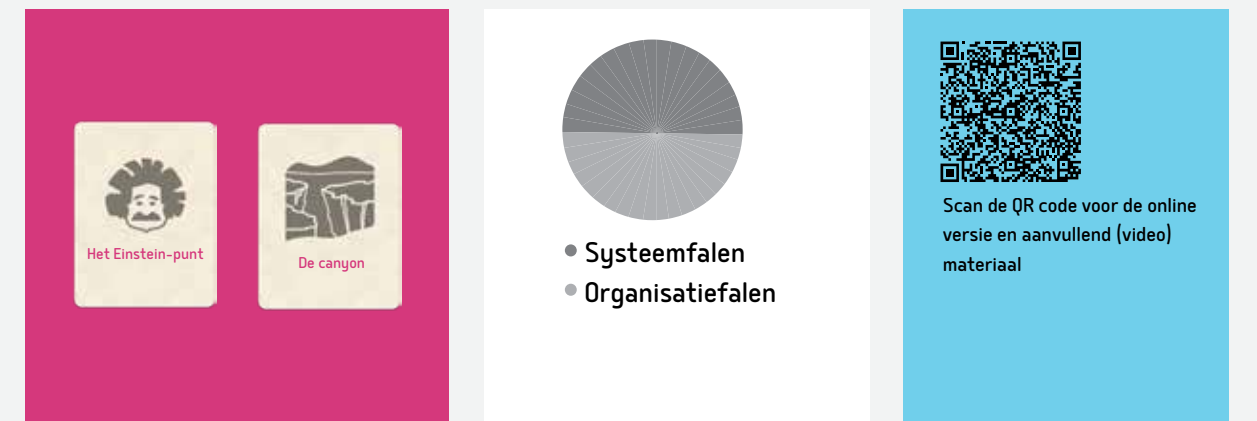
Resultaat

In de zomer van 2014 ontdekten gemeenten dat zij de ouderbijdrage moesten gaan innen. Onder de oude wet waren er maar vijftien instanties die de ouderbijdrage doorgaven, onder de Jeugdwet bleken dat er maar liefst rond de 400. Het CAK hield werksessies met gemeenten, maar het ICT-systeem dat het administratieve proces moest faciliteren werkte nog onvoldoende. Gemeenten verzetten zich omdat zij (te) grote administratieve lasten voorzagen. In het najaar van 2014 ontdekte de GGZ dat de ouderbijdrage zich uit zou gaan strekken tot kinderen die psychiatrische hulp nodig hebben. Er ontstond groot verzet en de Tweede Kamer drong aan op nader onderzoek naar de implicaties van de regeling, wat staatssecretaris Van Rijn in januari 2015 toezegde.

In januari 2015 werd de Jeugdwet ingevoerd, maar de uitvoering van de veranderingen in de ouderbijdrageregeling liep stuk op de informatie-uitwisseling tussen CAK en de gemeenten. Daarbij was er veel verzet vanuit de GGZ. Het onderzoek wees uit dat er niet altijd een kostenbesparing voor ouders met kinderen in de verblijfszorg is. Ook kwam naar voren dat ouders met een laag inkomen niet standaard werden uitgezonderd van betalingsplicht. Uiteindelijk is besloten om de ouderbijdrage in zijn geheel af te schaffen, één jaar nadat de Jeugdwet in werking is gegaan. Dit gebeurde pas op het moment dat het Ministerie van VWS buiten het bestaande denkkader, “de ouderbijdrage is iets wat bij de wet hoort”, is gaan kijken. Gemeenten wilden bij afschaffing de 26 miljoen per jaar alsnog via de macrobegroting voor de jeugdhulp ter beschikking hebben. De middelen hiervoor werden gevonden.

Lessen

- 1 Eenvoudig lijkende uitvoeringsonderwerpen kunnen een politiek issue worden. Dus bekijk goed hoe de nieuwe situatie eruit ziet, welke (nieuwe) spelers in het veld komen en wat er in het veld gebeurt. En dan is het nog maar de vraag of je alles goed kunt voorzien.
- 2 Je kunt een maatregel niet zomaar voor meerdere doelgroepen inzetten, want dezelfde maatregel kan voor een andere groep anders uitvallen.
- 3 Communiceer tijdens welke wijziging eraan komt en houd rekening met een afbouwperiode. Een inningsinstantie als het CAK heeft nog een jaar of vijf nodig voor de afbouw.
- 4 Geef jezelf de ruimte om een out of the box oplossing te kiezen. In dit geval was dat stoppen met de ouderbijdrage.
- 5 Het onderzoek naar de ouderbijdrage heeft veel informatie opgeleverd. Er is meer inzicht in de kosten die ouders maken voor hun kind. Met die informatie was het ook makkelijker om het stopbesluit te nemen.
- 6 Soms lijken regelingen goede oplossingen, maar vallen ze niet uit zoals de bedoeling was. Uiteraard was het niet de bedoeling dat de gemeenten meer administratieve lasten zouden krijgen.



Archetypen

Het Einstein-punt – Door de mix van decentralisatie, wijzigingen in wet- en regelgeving, een politieke context, informatie- en geldstromen ontstaat een complexe situatie waarin het lastig wordt om de volledige dynamiek nog te overzien.

De canyon – Het bleek in beginsel lastig om buiten het bestaande denkkader “de ouderbijdrage is iets wat bij de wet hoort” te redeneren. Toen men dat uiteindelijk wel deed kwam er snel een oplossing.

Faalniveau

50% Systeemfalen – De complexiteit van het systeem maakt dat gevolgen van keuzes en veranderingen moeilijker zijn te overzien.

50% Organisatiefalen – Door de wetswijziging en het overnemen van de ouderbijdrage door de gemeente ontstond er een situatie waarin er geen goede sturing aan de uitvoeringsonderwerpen kon worden gegeven.

Uitprobeerdienst Dalfsen: een goede vraagverheldering is het halve werk

Check altijd je aannames. Doe dat via marktonderzoek, maar ga er ook van uit dat je tijdens de uitwerking en implementatie tot nieuwe inzichten kunt komen. Zorg dat je daarop kunt inspelen. Denk bij het toepassen van nieuwe technologieën ook aan de 'Sociale Innovatie', waarin mensen op een nieuwe manier met elkaar en met de technologie leren werken.

Intentie

Plezierig thuis blijven wonen is een wens van velen, ook als je door ouderdom of beperkingen kwetsbaarder wordt. Bovendien is 'langer thuis wonen' overheidsbeleid. Om te realiseren dat ouderen in hun eigen vertrouwde omgeving met goede kwaliteit van leven kunnen (blijven) wonen, is er in de gemeente Dalfsen een samenwerking opgezet tussen zorg, welzijn en wonen: de Uitprobeerdienst Dalfsen. De Uitprobeerdienst bestaat uit vrijwilligers die helpen nadenken over de ondersteuning van inwoners, mantelzorgers en zorgaanbieders in de gemeente Dalfsen. Voordat er een beroep wordt gedaan op extra passende zorg, wordt op basis van de hulpvraag onderzocht of er ook andere oplossingen voorhanden zijn. Hierbij wordt steeds vaker slimme technologie ingezet. De belangrijkste vraag hierbij is: "Welke oplossing is passend in úw situatie?".

De Uitprobeerdienst heeft naast het bieden van hulp nog een andere doelstelling: leren welke slimme mogelijkheden geschikt zijn als oplossing en hoe dat vervolgens te bepalen en organiseren. De dienst is ontwikkeld in een samenwerkingsverband tussen de gemeente Dalfsen, de woningcorporaties Vechthorst en De Veste, de zorgorganisaties Rosengaerde, Het Zand (Hulstkampen), Carinova, ZGR (Brugstede) en RIBW GO en het maatschappelijk werk van De Kern en de welzijnsorganisatie SAAM Welzijn.

Aanpak

Uitprobeerdienst Dalfsen is sinds 2015 actief en er zijn ongeveer 200 vragen en verzoeken binnengekomen. Bij een verzoek werkt de uitprobeerdienst altijd volgens een vaste aanpak die bestaat uit de volgende onderdelen:

- Vraagverheldering door getrainde vrijwilligers of zorgprofessionals.
- Voorlichting van wat een mogelijk hulpmiddel zou kunnen zijn.
- Verkrijgen van het hulpmiddel door het te bestellen en installeren.
- Uitleg en hulp bij het gebruik van het hulpmiddel tijdens een uitprobeerperiode. Het hulpmiddel mag vier tot zes weken uitgetest worden. Daarna wordt met de betreffende inwoner geëvalueerd of hij/zij tevreden is over het gebruik hiervan en of

eventueel overgegaan wordt tot het aanschaffen van het hulpmiddel.

- Het verspreiden van de evaluatiebevindingen naar de betrokken partijen in het samenwerkingsverband en de samenleving.

Een van de binnengekomen hulpvragen betrof een verzoek van een familie om een manier te vinden waarop hun dementerende moeder, woonachtig in een verpleeghuis, zelfstandig naar buiten kan.

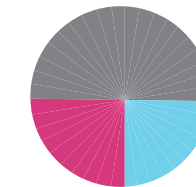
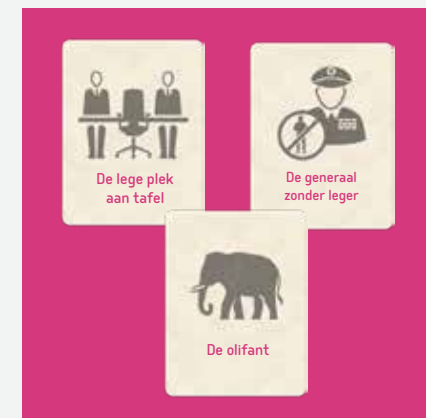
Resultaat

Regelmatig lopen zaken die via de bovenstaande aanpak worden ingestoken anders dan gepland. Zo ook in het geval van de dementerende mevrouw. Het doel was om haar zelfstandig naar buiten te laten gaan. Na vraagverheldering leek de oplossing voor de hand te liggen: een GPS-toepassing speciaal ontwikkeld voor kwetsbare personen. Zo kon de locatie van de mevrouw op afstand gevolgd worden. Het systeem was in vergelijkbare situaties succesvol toegepast en had een kwaliteitskeurmerk. Maar mevrouw zag de GPS-toepassing en vond het niet geschikt: "Met dat zwarte kastje ga ik niet lopen, dat past helemaal niet bij mijn mooie avondjurk!". Naar buiten kunnen bleek niet het doel op zichzelf, de vrouw wilde ook graag kunnen flaneren in haar mooie kleding. Of op zijn minst, er bij het wandelen elegant uitzien. Toen dit duidelijk was, is er gezocht naar een ander type GPS en na enig speurwerk was daar een mooie medaillon met mini-GPS. Uit een test met de locatiemanager bleek echter dat er vaak valse meldingen en posities binnenkwamen. Zo gaf de bijbehorende app ooit aan dat de mevrouw ergens in een weiland stond, terwijl ze gewoon achter haar bureau zat. Een ander GPS-product is tot op heden nog niet bezorgd, dus er wordt hard nagedacht over alternatieven..

Lessen

Het voorbeeld van de dementerende vrouw is exemplarisch voor de leerervaringen die binnen de Uitprobeerdienst plaatsvinden. Uit deze leerervaringen kunnen een paar belangrijke terugkerende lessen getrokken worden, die zich op een aantal niveaus afspelen:

- 1 De vraagverheldering is niet voldoende. In het voorbeeld was "naar buiten gaan" slechts een deel van de vraag. De gewenste uitkomst was flaneren. De les is om naar de gewenste uitkomst te vragen en niet te snel op een bestaand aanbod over te gaan. Vraaggericht maatwerken moet zorgvuldig gebeuren om niet in de valkuil van een aanbodgerichte aanpak te lopen.
- 2 Het bestaande aanbod van zorgtechnologie voldoet vaak niet helemaal aan de behoeften die we in de praktijk tegenkomen. Alhoewel er doorgaans goed over de basisfunctie is nagedacht wordt de context, in dit geval het passen bij de kleding, onvoldoende meegenomen. Leveranciers moeten samen met de eindgebruikers kunnen leren wat de werkelijke gebruikersbehoeften zijn en dat verwerken in hun aanbod.
- 3 Verschillende ministeries concludeerden recentelijk nog dat met name de verpleegzorg (te) weinig technologie wil gebruiken. Dit hangt echter nauw samen met het aanbod, dat vaak nog onvoldoende passend of geschikt is om in te kunnen spelen op de vraag. Het beleid vanuit verschillende ministeries zou zodanig aangescherpt moeten worden dat de zorgtechnologie beter aansluit op de behoeften in het werkveld.



- Systeempalen
- Teamfalen
- Individueel falen



Scan de QR code voor de online versie en aanvullend (video) materiaal

Archetypen

De olifant - De vraagverheldering was bij deze casus onvoldoende. Er is vanuit te weinig perspectieven naar de situatie gekeken.

De lege plek aan tafel - Aansluitend op de Olifant: de eindgebruiker mist aan tafel. Deze had de benodigde inzichten kunnen geven.

De generaal zonder leger - Het aanbod van zorgtechnologie is nog vaak onvoldoende passend op de gestelde vragen, de benodigde middelen zijn dus in zekere zin niet altijd voorhanden.

Faalniveau

50% Systeempalen - Het bestaande aanbod van zorgtechnologie voldoet vaak niet helemaal aan de behoeften die we in de praktijk tegenkomen. Hiervoor moeten leveranciers samen met eindgebruikers hun producten verder kunnen ontwikkelen. Het medaillon voldeed hier duidelijk niet aan de eisen van de eindgebruiker. Daarnaast wordt er gewezen naar de verpleegzorg, omdat zij te weinig technologie willen gebruiken. Wijzen heeft echter geen zin als de technologie niet aansluit op de vraag van de eindgebruiker. Dit lukt weer niet als beleidsmakers deze afstemming niet faciliteren.

25% Teamfalen - Het tekortschieten in de vraagverheldering kan ook ontstaan door een gebrek aan complementaire skills of perspectieven op teamniveau.

25% Individueel falen - Het tekortschieten in de vraagverheldering is een voorbeeld van individueel falen. Het ontbreekt aan het verkrijgen van verschillende perspectieven.

Jeugdgezondheidszorg is effectief, maar wie zorgt er voor de adolescent?

Wanneer hiaten in wet- en regelgeving worden gecombineerd met decentralisatie, ontstaan er veel barrières. Het wordt daarmee knap lastig om de zorg voor specifieke doelgroepen op te schalen. Vraag blijft: hoe krijg je daar beweging in?

Intentie

In Nederland kennen we de Wet publieke gezondheid (Wpg). Publieke gezondheid wordt hierbij gedefinieerd als 'beschermende en bevorderende maatregelen voor de bevolkingsgezondheid, of specifieke doelgroepen daarbinnen, waaronder het voorkomen en vroegtijdig opsporen van ziekten ook inbegrepen is.' Eén van de terreinen waarop de Wpg betrekking heeft is de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, de JGZ.

De meeste kinderen en jongeren in Nederland groeien gezond op en ontwikkelen zich goed. Dit is deels te danken aan de inzet van JGZ, een organisatie die inmiddels meer dan 100 jaar bestaat. Vanuit het Basispakket JGZ 'ziet' de organisatie kinderen en jongeren samen met hun ouders tot ze achttien zijn. JGZ is door een 'historische weeffout' echter niet werkzaam op het mbo, waardoor een grote groep 16-jarige vmbo'ers na hun slagen uit het beeld van JGZ raakt. Dit is spijtig, omdat ziekteverzuim, voortijdige schooluitval en mentale problematiek relatief vaker voorkomt bij jongeren tussen 16 en 23 jaar, de adolescenten. Met name mbo-studenten hebben hier vaak last van. Als jeugdarts in Amsterdam zou ik willen zeggen: laten we adolescenten in heel het land, ongeacht hun schooltype, tot hun 23e zorg aanbieden. In Amsterdam doen we dit vanaf 2009 al succesvol op het mbo, door goede afspraken tussen de wethouder, mbo-instellingen en het JGZ. Ook de financiering op gemeentelijk niveau is hierbij gerealiseerd.

Aanpak

De opvatting dat een 18-jarige al volwassen is, blijft een oud en ingesleten denkpatroon. Inmiddels weten we dat jongeren tussen de 18 en 23 jaar nog een zeer essentiële ontwikkeling doormaken en veelal nog niet als volledig volwassen kunnen worden beschouwd. Het doorbreken van dit denkpatroon is noodzakelijk, want alleen dan komt de juiste en passende ondersteuning op de juiste plek. Om de mbo-adolescent de hulp te bieden die zij nodig heeft, is de methode M@ZL (Medische Advisering bij Ziek gemelde Leerlingen) een effectief bewezen en behulpzaam middel. Bij M@ZL werken de jeugdarts, de student en/of ouder, de zorgcoördinator/mentor van de school en leerplicht met elkaar samen wanneer er sprake is van ziekteverzuim. De betrokken partijen werken en handelen vanuit hun gezamenlijke zorg samen. Iedereen opereert hierbij vanuit zijn eigen rol en altijd

samen met de jongere. Vanuit de ideologie dat ziekteverzuim veelal een signaal is, kan psychosociale en (sociaal)medische problematiek vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.

Na een succesvol begin in West-Brabant werd de methodiek M@ZL in Amsterdam in gebruik genomen - zowel op het voortgezet onderwijs als op het mbo. Inmiddels zijn er in Amsterdam elf jeugdartsen werkzaam op het mbo, die gebruikmaken van de preventieve en effectief bewezen aanpak M@ZL. Vanuit de positieve ervaringen in onder meer West-Brabant en Amsterdam, is het een logische stap om deze methode landelijk te implementeren. Dan moet er echter wel een structurele financiering komen voor jeugdartsen op het mbo.

Resultaat

Het blijkt ten gevolge van wetgeving en financiering vrij problematisch om jeugdartsen voor adolescenten en M@ZL op het mbo te implementeren. Ten eerste is de financiering lastig te realiseren. Het JGZ-aanbod dat aan alle kinderen in Nederland wordt aangeboden, is wettelijk vastgelegd in het Besluit Publieke Gezondheid: het Basispakket JGZ. De leeftijdsgrens van dit pakket is per 1 januari 2015 gesteld op 18 jaar. Op het mbo zijn daarom veel adolescenten die wat dit betreft de boot missen, aangezien zij de leeftijdsgrens van 18 inmiddels gepasseerd zijn. Met een jeugdwet (2015) tot 23 jaar is dit opmerkelijk.

Daarnaast hebben veel mbo-scholen, anders dan in Amsterdam, studenten uit verschillende gemeenten. Een JGZ bedient soms verschillende gemeenten. In iedere gemeente is de zorg echter anders georganiseerd en moet er overeenstemming zijn met de wethouders uit deze diverse gemeenten (samenwerking tussen JGZ organisaties, de GGD en scholen, bijvoorbeeld). In deze complexe situatie is het lastig om voor een programma zoals M@ZL voldoende draagvlak en financiële middelen te vinden. Het realiseren van een goede samenwerking tussen student, mentor, jeugdarts, ouder en leerplichtambtenaar komt hierdoor helaas niet afdoende van de grond. Daarnaast hebben leraren en mentoren in de praktijk veelal niet de tijd of capaciteiten om problemen bij studenten te signaleren. Velen zien het, ondanks de wet passend onderwijs, ook niet als hun taak. De focus ligt op onderwijs geven.

Lessen

- 1 Opschalen blijft enorm lastig in de zorg. In dit geval voornamelijk door de decentrale verschillen in de zorgsystemen en de bijbehorende hiaten in wet- en regelgeving. Deze factoren zorgen ervoor dat het vinden van draagvlak voor en financiering van jeugdartsen voor adolescenten op mbo scholen lastig is.
- 2 Het NJC (Nederlands Centrum JGZ) en INGRADO (vereniging afdelingen leerplicht van de gemeenten) maken zich er sterk voor en er is ook een dialoog met het VWS, maar er is alsnog te weinig sprake van landelijke implementatie van de jeugdarts adolescenten en opschaling van M@ZL.
- 3 We zien een toename van psychosociale problematiek onder adolescenten. We hebben kennis en expertise over preventie op dit vlak, maar het blijft lastig om hier op lokaal gemeentelijk niveau een structureel beleid bij te maken. De decentralisatie (jeugdwet) voorziet niet in een oplossing en daarmee blijft de inzet van jeugdartsen op het mbo in praktijk achter op de urgentie en behoefte.
- 4 De M@ZL-methode wordt hier en daar geïmplementeerd, maar dit gebeurt niet zelden in een aangepaste vorm, onder andere vanuit financieel oogpunt. Hierdoor is betrouwbaarheid en effectiviteit niet meer gegarandeerd.



Archetypen

De canyon - De opvatting dat iemand op zijn 18e volwassen is en vanaf dan geen Jeugdhulp en zorg meer behoeft en hoort te krijgen, blijkt achterhaald. Dit ingesleten patroon zit diep verweven in de wet- en regelgeving, waardoor er geen financiering loskomt.

De generaal zonder leger - Wico Mulder ziet als jeugdarts jongeren op het mbo die hij wil (en moet) helpen. Echter krijgt hij hiervoor niet de middelen vanuit de overheid en de betreffende scholen.

Faalniveau

75% Systeempalen - Het basispakket JGZ loopt tot 18 jaar. Deze regelgeving zorgt voor een enorme barrière als het gaat om het inzetten van jeugdartsen op het mbo en het implementeren van de methode M@ZL. Daarnaast krijgen mbo-scholen studenten binnen vanuit verschillende gemeenten. De zorg en hulp aan studenten en de financiering hiervan is per gemeente anders geregeld. De gebruikelijke handelswijze doorbreken is hierdoor erg lastig.

25% Organisatiepaleis - De focus ligt voor scholen, en in het specifiek voor docenten en mentoren, op het organiseren van goed onderwijs. De transitie naar een aanpak met M@ZL vergt veel draagvlak. Iets wat er binnen de mbo-scholen beperkt is door onvoldoende beschikbare tijd en/of capaciteiten.

Ziek maar niet zwanger

Ga er nooit van uit dat iedereen volledig geïnformeerd is en zeker niet wanneer er nieuwe informatie is. Zorg voor een kennisomgeving waarin iedereen zijn of haar beslissingen kan nemen. Ga na wat de positie van de andere stakeholders is en bedenk welke kennis zij nodig hebben.

Intentie

Voordat een medicijn op de markt komt, vindt er uitgebreid onderzoek plaats naar effect en bijwerking van het medicijn. Wanneer er na marktintroductie aanwijzingen zijn voor nieuwe veiligheidsinformatie (die nog niet in de bijsluiter staat) volgt er door overheden een herbeoordelingsonderzoek naar het medicijn. Zeker bij grote veranderingen is het van belang dat zorgverleners en apothekers deze informatie ontvangen en alle gebruikers op de hoogte worden gesteld.

Aanpak

Als herbeoordelingsonderzoek aantoont dat de bijsluiter aangepast moet worden met aanvullende risico informatie over het geneesmiddel, dan vaardigt het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen een Direct Healthcare Professional Communication (DHPC) uit naar alle artsen en apothekers. Een DHPC is een eenmalige, additionele risicominimalisatie-maatregel die wordt gebruikt om zorgverleners direct en volledig op de hoogte te stellen.

Resultaat

Het is niet vanzelfsprekend dat de meest actuele informatie de gebruikers van medicatie ook daadwerkelijk bereikt, ondanks de strikte procedures zoals hierboven beschreven. Een voorbeeld waarbij dit niet gebeurde, is het verhaal van een mevrouw die naar alle waarschijnlijkheid als gevolg van bijwerkingen van het anticonceptiemiddel de Nuvaring met een dubbele longembolie in het ziekenhuis belandde.

Het betreft een biomedisch opgeleide mevrouw die vanwege gebruiksgemak in haar dertiger jaren overstapt van de reguliere pil naar een Nuvaring (die een derde generatie anticonceptivum bevat). De overstap was eenvoudig gedaan. De huisarts geeft gehoor aan het verzoek en schrijft de Nuvaring voor zonder onderzoek of aanvullend advies. Mevrouw checkt zelf wel eventuele risico's en vindt hier geen reden voor verontrusting.

Na jarenlang gebruik zonder klachten, ontstaan er in 2017 na een lange vliegreis vage klachten van vermoeidheid en kortademigheid. Ook geeft haar slimme horloge aan dat haar hartslag in rust te hoog is. Omdat mevrouw verder altijd gezond is, is ze pas na enige dagen zo bezorgd dat ze naar de huisarts gaat, waarna een directe opname in het

ziekenhuis met een dubbele longembolie volgt. Debehandeling is gelukkig succesvol, maar mevrouw gaat wel een revalidatietraject van 6 maanden in, kan haar werk maar voor 50% uitvoeren en zal gedurende een lange periode bloedverdunners moeten blijven slikken.

De bijwerkingen van de Nuvaring (en andere anticonceptiva) kwamen in 2013 hernieuwd in de publiciteit: tweeduizend vrouwen in Amerika verwijten de fabrikant MSD dat de Nuvaring trombose, longembolieën en herseninfarcten heeft veroorzaakt. Vierhonderd vrouwen hebben toen een claim ingediend. Er volgde in 2013 een Europese herbeoordeling van de nieuwere generatie anticonceptiva waarvan de kern was: let als zorgverlener op tromboseverschijnselen en leg het verband tussen risicoprofiel (dat wijzigt tijdens het leven van een vrouw, hoe ouder hoe hoger het risico) en gebruik van anticonceptie. Op 28 januari 2014 vaardigde het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen een DHPC uit naar alle artsen en apothekers met de tekst:

‘Het is van groot belang de individuele risicofactoren van de vrouw goed te beoordelen en die ook regelmatig opnieuw te beoordelen. Ook moet meer bekendheid worden gegeven aan de klachten en symptomen van trombose en herseninfarcten; deze moeten duidelijk worden uitgelegd aan vrouwen die een gecombineerd hormonaal anticonceptivum krijgen voorgeschreven.’

De mevrouw uit het voorbeeld krijgt helaas weinig mee van de ophef in 2014 rondom de Nuvaring, ondanks dat ze normale nieuws communicatie-kanalen bijhoudt. Ze kan zich niet herinneren actief door haar huisarts of apotheker gecontacteerd te zijn. Mevrouw gebruikte ook een Nuvaring therapietrouw app op haar telefoon, maar ook deze heeft geen signaal gegeven over nieuwe veiligheidsinformatie.

Lessen

De aanname dat onze veiligheidssystemen dusdanig zijn ingericht dat belangrijke informatie over medicatie adequaat bij eindgebruikers terechtkomt, mag nog niet gemaakt worden, zo blijkt uit deze casus.

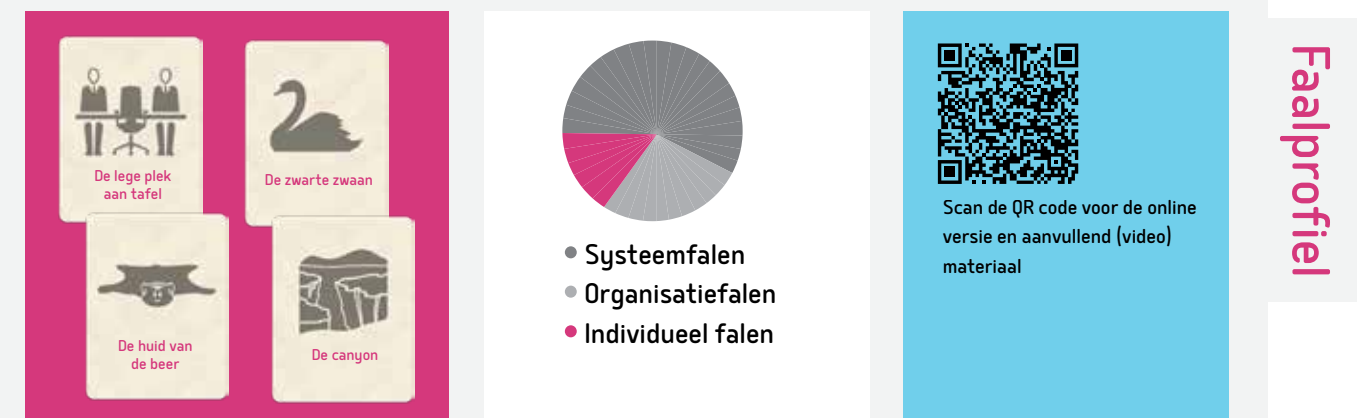
De ambitie om alle beschikbare informatie nog beter aan elkaar te gaan koppelen, is een belangrijk fundament geweest van de in 2018 opgerichte start-up pharmacare.ai, die “24/7-je-apotheker-in-je-broekzak oplossingen” ontwikkelt. Het eerste product wordt verwacht in de eerste helft van 2019. De droom van deze startup is om circulaire farmaceutisch zorgconcepten te faciliteren, die persoonlijke en financiële schade door geneesmiddelgebruik voorkomen door geïntegreerd gebruik van persoonlijke (digitale) zorgdata en proactieve communicatie daaromtrent.

Inzichten die pharmacare.ai gebruikt bij de ontwikkeling van producten zijn:

- 1 De huidige digitale communicatie-mogelijkheden op mobiele platforms stellen een patiënt in staat om actief geïnformeerd te worden over – voor haar – relevante geneesmiddelupdates.

Hier ligt een enorme kans voor apotheker en arts om de patiënt te allen tijde direct “in broekzak” actief te kunnen informeren.

- 2 Producten die gezondheids-gerelateerde informatie meten, zoals horloges die de hartslag bijhouden, worden veel gebruikt. Inmiddels zijn er steeds meer artsen en ook apothekers, die deze data gaan koppelen aan hun medische of farmaceutische informatiesystemen wat kan bijdragen aan het eerder herkennen van ernstige bijwerkingen van medicatie.
- 3 Het is wenselijk dat bijsluiterinformatie nog meer gestructureerd gaat worden, zodat er in de toekomst gepersonaliseerd advies omtrent werking en bijwerking van risico's aan een patiënt gegeven kan worden.



Archetypen

- De canyon** – Men vertrouwde te veel op de procedures, zonder zich te realiseren dat er situaties zijn die hierin niet passen. Dat geldt ook voor de patiënt, die op routine het medicijn gebruikte.
- De zwarte zwaan** – Een ontwikkeling die niet was voorzien, maar wel relevant bleek (zeker gezien vanuit het perspectief van de patiënt).
- De lege plek aan tafel** – Bij de communicatieprocedure is niet voldoende rekening gehouden met de patiënt.
- De huid van de beer** – Er is te vroeg geconcludeerd dat dit middel geen nadelige werking heeft met betrekking tot trombose. Terwijl het wel uitgebreid getest is.

Faalniveau

60% Systeemfalen – De procedures om mensen te informeren met betrekking tot heel belangrijke zaken, blijkt niet waterdicht.

25% Organisatiefalen – De apotheker en/of arts is kennelijk niet in staat om relevante informatie bij de patiënt te krijgen, terwijl die wel van levensbelang is.

15% Individueel falen – De patiënt moet zich toch regelmatig blijven informeren met betrekking tot eventuele nieuwe inzichten over interventies die hij/zij toepast. Dat kunnen overigens ook nieuwe ontwikkelingen zijn die een nog betere behandeling kunnen inhouden.

Wie financiert leefstijl bij hartrevalidatie?

Pas op voor het kip-ei probleem. Wanneer partijen enthousiast zijn, maar eerst bewijslast vragen, kijk dan goed of je de middelen hebt om die bewijslast te leveren. En projecten gericht op preventie blijven altijd lastig, zo lang er geen eigenaar van het probleem is gevonden.

Intentie

De leefstijlbegeleiding bij hartrevalidatie in het Zaan Medisch Centrum (ZMC) werd door de Inspectie op drie punten beoordeeld als onvoldoende. Het probleem zat 'm niet in de start van het traject: patiënten werden goed opgevangen in het ziekenhuis en de eerste weken van de hartrevalidatie waren naar behoren ingericht. Het aanbod op het gebied van leefstijl, zoals stoppen met roken, afvallen en het opvolgen van patiënten, bleek echter nog onvoldoende geborgd. Daarbij was de terugkoppeling van de gegevens onvoldoende. Dit leidde later in het traject tot onnodige uitval onder patiënten. Een nieuw incident, en daarmee ook een opname, lag daardoor mogelijk op de loer. Dit levert hoge kosten voor de gezondheidszorg op. Verbetering van de hartrevalidatie was dus hard nodig.

Na een offertetraject is Viactief uit vier aanbieders gekozen om met het ZMC de hartrevalidatie te verbeteren. In samenwerking met Lifestyle Interactive, Universiteit Maastricht, ZMC, leefstijlbegeleiders en diëtisten heeft Viactief een innovatief hartrevalidatieconcept ontwikkeld. Het betreft een herontwerp van het proces van revalidatie, waarin e-health en een levensstijlmodule een plek krijgen. De duur van de hartrevalidatie wordt hierbij verlengd naar anderhalf jaar. Persoonlijke begeleiding en gerichte training (die inzet op een gezondere leefstijl) staat hierbij voorop.

Aanpak

Door te spreken met alle stakeholders in de keten (patiënten, specialisten, fysiotherapeuten, psychologen, leefstijl-deskundigen, patiëntenvereniging en zorgverzekeraars) en het uitvoeren van observatieonderzoek is de hartrevalidatie geëvalueerd. De volgende verbeterpunten werden daarbij geconstateerd:

- 1 Er is weinig samenwerking of afstemming tussen de verschillende zorgverleners en modules. Het ontbreekt aan een standaard MDO (multidisciplinair overleg) en duidelijke regie over de patiënt.
- 2 Na vier maanden is een deel van de patiënten uit beeld en is er geen regie meer op langdurige en duurzame leefstijlverandering. Dit maakt de kans op terugvallen in oude patronen aanzienlijk. Bovendien zijn drie tot vier maanden te kort om een gedragsverandering te bewerkstelligen.
- 3 De invulling van het programma - inclusief de behoefte aan aanvullende begeleiding - wordt tijdens een

intakegesprek op basis van standaarden bepaald. Het observatieonderzoek heeft echter aangetoond dat de behoefte aan een persoonlijk programma vaak pas na zes maanden tot een jaar vorm krijgt, en dan is de patiënt niet meer onder begeleiding.

Gebaseerd op deze inzichten is er een herontwerp van hartrevalidatie gemaakt. Met uitzondering van de levensstijlmodule zouden de kosten per patiënt kunnen passen binnen de (zwaarste) DBC (richtlijn 2014).

Resultaat

Een goed doordacht, betaalbaar en uitvoerbaar concept met draagvlak van alle stakeholders in het revalidatieproces. De belangrijkste verbeteringen waren:

- Een persoonlijke intake en aanpak;
- Een verlenging van de hartrevalidatie naar anderhalf jaar;
- Inbreng van een levensstijlmodule, afgestemd op de hartrevalidatiemodules PEP (psychologische en emotionele ondersteuning), FIT (opbouwen van conditie) en de infomodule;
- Een aanvullend e-coachingsysteem, met een coach die ook fysiek contact heeft met de patiënt, geen vreemde dus; Via de e-coaching is het voor patiënten ook mogelijk om onderling kennis uit te wisselen;
- Een PDCA-cyclus gekoppeld aan het MDO, om de voortgang van patiënten te monitoren, gevoed met informatie uit het e-coaching systeem.

De implementatie liep alleen anders dan gepland. Voor implementatie en uitvoering waren financiële middelen nodig, die het ZMC niet had. Er is toen met meerdere potentiële financiers gesproken (o.a. zorgverzekeraars, ZonMw en de Hartstichting). Iedereen was enthousiast, maar om uiteenlopende redenen kwam het niet tot financiering.

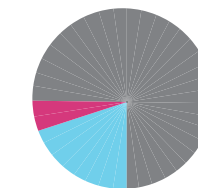
De effectiviteit van het programma was goed onderbouwd met een businesscase, maar bleek van tevoren niet te bewijzen. Hiervoor moest het eerst worden geïmplementeerd. Aantoonbaar bewijs voor de effectiviteit zou de implementatie en het overtuigen van financiers kunnen bespoedigen. De plannen voor een effectstudie door de Universiteit van Maastricht lagen klaar. Ook voor de uitvoer van een effectstudie is echter geld nodig. En bij toekenning van een passende subsidieaanvraag was "in kind" financie-

ring een voorwaarde - eigen geld inbrengen dat er niet was. Een vicieuze cirkel.

proces al daadwerkelijk was gerealiseerd, was er wellicht meer animo geweest om alsnog te financieren.

De lessen

- 1 Besparing en preventie laten zich lastig investeren. De nieuwe hartrevalidatie zou geen directe financiële winst opleveren en de financiers zouden volgens de business-case ook niet direct degenen zijn die voordeel hebben van financiering. De (financiële) voordelen zijn zichtbaar op andere plekken.
- 2 Zodra het concept zou zijn geïmplementeerd en zich had bewezen zouden ook andere ziekenhuizen worden bezocht. Deze stap had eventueel al in een eerder stadium gezet kunnen worden, om zo meer draagvlak vanuit de 2e lijn voor deze aanpak te organiseren.
- 3 Het opsplitsen van de realisatie in kleinere stappen had ook een mogelijke oplossing voor het financieringsprobleem kunnen vormen. Wanneer 75% van het nieuwe
- 4 Naast de financieringsproblemen was de tijd misschien nog niet rijp. De doorlooptijd van anderhalf jaar kwam niet overeen met de richtlijnen en financieringsstructuur. Of het aanbod gelijk bleef en de kwaliteit beter zou worden leek niet voor iedereen vanzelfsprekend - was het niet beter om gewoon volledig aan de richtlijnen te blijven voldoen?
- 5 Ondanks het feit dat wetenschappelijk onderzoek het belang van leefstijl onderbouwde, kwamen diëtetiek en leefstijl in dezelfde periode onder een kritisch vergrootglas. Hoort dit wel thuis in de tweede lijn? De inspectie vond van wel, gezien de beoordeling van het ZMC. Andere partijen vonden het juist meer iets voor de eerste lijn of voor de patiënt zelf. Het was dan ook onzeker of 'afvallen' en 'stoppen met roken' wel in het verzekeringspakket zou blijven. Het animo om te investeren in leefstijl bleek niet groot.



- Systeemfalen
- Teamfalen
- Individueel falen



Scan de QR code voor de online versie en aanvullend (video) materiaal

Archetypen

De verkeerde portemonnee - de financiering kwam niet rond, onder meer doordat partijen zoals het ZMC inkomsten mis zouden lopen die ze niet kunnen missen.

De lege plek aan tafel - door complexiteit missen mensen overzicht en voelen ze zich niet betrokken, maar ook waren relevante partijen niet betrokken bij de ontwikkeling van dit concept.

De generaal zonder leger - Doordat financiering niet was gegarandeerd en verwachte middelen niet vrijkwamen, raakten de middelen op en konden mensen, die voor een deel al niet hadden meegewerkt, niet meer behouden blijven voor het traject.

De duiker van Acapulco - Het hele denken rond preventie bevindt zich nog in de kinderschoenen. Er is gewoon nog geen algemeen aanvaarde aanpak, hoewel er goede ontwikkelingen zijn zoals de health deal en health impact bond.

Faalniveau

75% Systeemfalen - Het is grotendeels een kip-ei probleem, waarbij eerst effectiviteit aangetoond moet worden en dan pas de middelen vrijkomen. Het laatstgenoemde is echter nodig om het effect aan te tonen. Daarnaast was er nog geen oplossing voor het probleem van de belanghebbenden die er (financieel) nadeel van zouden ondervinden.

20% Teamfalen - Het team heeft zich enorm ingezet, maar miste het vermogen om voldoende druk te zetten. Daarnaast is de doorlooptijd heel groot geweest, wat erop duidt dat men niet op elk moment heeft kunnen doorpakken.

5% Individueel falen - Door een sterke betrokkenheid bij het onderwerp en de lokale situatie, is de ontwikkelde oplossing wellicht te veel afhankelijk geworden van dit specifieke voorbeeld, terwijl een andere omgeving wellicht kansrijker was geweest.

Analyse van de Briljante Mislukkingen vanuit het IvBM

In dit Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen zijn weer tien mooie artikelen te vinden over mooie projecten met onverwachte en/of ongewenste afloop. Alle inspanningen waren gericht op het verbeteren van zorg met positieve impact op vooral patiënten en zorgverleners, maar ook met de intentie om een positieve bijdrage te leveren aan de betaalbaarheid en de organisatie van de zorg.

Na het bestuderen van alle casussen, blijft het gevoel hangen dat het zorgsysteem in Nederland ondanks de vaak hoge kwaliteit van zorg, kansen laat liggen op verbetering. Ook lopen vernieuwers het risico dat ze door de complexiteit van het systeem er pas laat achter komen dat hun project in de huidige vorm weinig kans van slagen heeft. Dat is jammer van de goede intenties en de energie die mensen en organisaties inbrachten, maar gelukkig delen zij hun ervaringen, waardoor later of elders niet dezelfde barrières tot een mislukking hoeven te leiden.

Analyse op basis van de methodologie van het Instituut voor Briljante Mislukkingen levert een aantal inzichten. Sommige daarvan komen terug in vrijwel alle casussen, maar er zijn natuurlijk ook altijd specifieke, meer context-afhankelijke leerervaringen.

De eerste rode draad die we zien heeft betrekking op de opschaling van succesvolle initiatieven. Lokaal succes garandeert niet een succesvolle 'uitrol'. Het archetype 'De huid van de beer' doet daar zijn intrede. Hier zijn een aantal redenen voor aan te geven. Ten eerste de financiering: Conceptontwikkeling kan worden betaald op basis van projectfinanciering, maar voor opschaling en duurzame implementatie zijn andere financieringsvormen nodig en dat geld moet dan van andere bronnen komen. Dat stuit op weerstand, zeker wanneer dat betekent dat elders gekort wordt. Het archetype 'De verkeerde portemonnee' komt op dat moment naar voren. Er worden bijdragen verwacht van partijen die er niet beter van worden. Ons advies is dan ook om al vanaf het begin de belangen in kaart te brengen en ook waar eventueel een conflict of interest ofwel een

tegengesteld belang kan ontstaan. De oplossing is soms te vinden in het identificeren van een systeemeigenaar die in het algemeen belang, partijen kan compenseren die nadeel ondervinden van de beoogde interventie. Ook zien we dat pas bij de opschaling belanghebbende partijen worden geconfronteerd met de daadwerkelijke veranderingen. Zou dat in een eerder stadium worden gedaan, dan zou het plan wellicht nog kunnen worden aangepast of wordt al sneller duidelijk dat er een serieus probleem dreigt. Deze situatie wordt beschreven door het archetype dat we wellicht het meest tegenkomen in de zorg: 'De lege plek aan tafel'. Daarnaast hebben veel partijen moeite met veranderen. Dat is sowieso lastig, maar wanneer je onderdeel bent van een systeem waarin veel afhankelijkheden zitten of wanneer je al jaren goed functioneert, dan wordt lastig om te zien dat het anders kan en soms zelfs anders moet. Je hebt een beperkt zicht op de alternatieven en dat leidt tot het archetype 'De canyon'.

Het tweede onderwerp dat veelvuldig in beeld komt, is dat initiatiefnemers ondanks alle goede bedoelingen toch niet altijd een goed en compleet beeld hebben van de behoeftes van de cliënten. Soms blijken er verborgen behoeftes te zijn die het beeld totaal veranderen of is men toch niet bereid de portemonnee te trekken voor een dienst of product. Door eerder de eindgebruikers van de innovatie bij je vernieuwing te betrekken, verklein je het risico op een mislukking met het archetype 'De olifant'. Het is een illusie dat je van tevoren de reactie van cliënten op een interventie geheel kunt voorspellen. Niet-rationeel gedrag kan een streep zetten door alle inschattingen die zijn gemaakt. Met andere woorden: het archetype 'De rechterhersen helft' speelt dan op. Ook zien we bij een aantal gevallen dat wanneer een behoefte is vervuld, ineens een andere behoefte opduikt waar de dienst of het product niet in voorziet. Deze verschuiving in het eisen- en wensenpakket is een voorbeeld van 'De brug van Honduras'. Overigens zijn in sommige gevallen nieuwe technologieën beschikbaar waardoor je de gebruiker beter leert kennen en je op maat diensten kunt aanbieden. We komen dan op het terrein van Personalised

Healthcare, iets wat zich met vallen en opstaan zal ontwikkelen. Soms zijn mensen nog niet klaar voor de voorgestelde verandering en dan dreigt het archetype 'De duiker van Acapulco'.

Een derde duidelijke lijn in veel verhalen betreft het probleem van de 'business case' voor preventie. Hier zien we vaak mislukkingen waarbij op systeemniveau zaken niet kloppen. Een aantal casussen richten zich op het voorkomen van gezondheidsproblemen, maar vrijwel zonder uitzondering eindigt het in een hopeloze zoektocht naar financiering. Het is immers vaak niet mogelijk te bepalen wie (direct) voordeel heeft van de interventie en dus trekt niemand zomaar de portemonnee. Het is te verwachten dat we daarom regelmatig 'De generaal zonder leger' tegenkomen. Mooie intenties, goede ideeën, maar uiteindelijk niet de middelen om het ook echt voor elkaar te krijgen. In het slechtste geval krijg je zelfs te maken met tegengestelde belangen, de interventie leidt tot omzetverlies voor een of meerdere partijen. Dat correspondeert met het al eerdergenoemde archetype 'De verkeerde portemonnee'. Door de vele stakeholders rond preventieprojecten en hun diverse rollen en belangen, aangevuld met een effect dat zich soms op langere termijn openbaart en wellicht ook nog eens afhankelijk is van andere factoren buiten de scope van het project, kunnen we met recht stellen dat veel preventie-georiënteerde projecten aanlopen tegen de complexiteit van de zorg. Daarin is het cruciaal, maar o zo moeilijk om 'het Einstein-punt' te vinden. Oplossingen worden vaak zelf complex en dan loop je vast, of je kiest een short-cut die misschien lokaal of tijdelijk werkt, maar niet structureel.

Alles overziend kunnen we een aantal archetypes aanwijzen die veel voorkomen: 'De lege plek aan tafel', 'De verkeerde portemonnee', 'De generaal zonder leger' en 'De canyon' zijn de meest frequent waargenomen onderliggende redenen waarom zaken niet lopen zoals gehoopt. Door de casussen goed te analyseren, is het wellicht mogelijk de hindernissen nog eens op een andere manier te bekijken en alsnog tot de gewenste impact te komen. Een Tweede Kans kan voor een

aantal van deze waardevolle initiatieven de weg vrijmaken voor een goed resultaat. Een andere vorm van impact zit in de lessen die hier zijn geleerd. Er zullen ongetwijfeld nog veel meer projecten gaande zijn en in de toekomst worden gestart. Ook hier is preventie te verkiezen boven het oplossen en beperken van de schade. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen zal zich blijven inzetten voor het delen en toepassen van de lessen en het vieren van alle mooie projecten die beogen de zorg beter en betaalbaarder te maken!

Innovatie vraagt om marktonderzoek

We gaan in gesprek met twee partners uit de marktonderzoek branche. We spreken Edwin Bas (hoofd van afdeling health) van marktonderzoeksbureau GfK (nu Ipsos) en met Wim van Slooten (directeur) en Berend Jan Bielderman (voorzitter van Profgroep Healthcare) van MOA, Expertise Center voor Marketing-insights, Onderzoek en Analytics.

Met beide partijen werd gesproken over de samenwerking met en het gedachtegoed rondom het Instituut voor Brilljante Mislukkingen. De belangrijke rol van (markt)onderzoek voor impactvolle innovatie in de zorg kwam uiteraard ook aan bod. Ook werd er gesproken over eigen projecten die Briljant Mislukt zijn.



Edwin Bas



Wim van Slooten



Berend Jan Bielderman



Scan de QR code voor het hele interview met GfK (nu Ipsos)



Scan de QR code voor het hele interview met MOA

Innovatie in de zorg heeft nog te weinig impact. Er kan veel meer gebruik worden gemaakt van beschikbare data en bijbehorende inzichten

De zorg wordt steeds complexer: zo is er sprake van personeelstekorten en is er vraag naar betere oplossingen voor bijvoorbeeld thuiszorg en zorg op afstand. Dit maakt dat zorginnovaties hard nodig zijn, al blijkt het in de praktijk erg moeilijk om deze door te voeren. De reden daarvoor is de inerte cultuur binnen zorginstellingen, die sterk procesgericht is. Daarbij ontbreekt het vaak aan innovatiefinanciering door zorgverzekeraars, of moet men simpelweg lang wachten op die benodigde financiering.

Volgens Edwin Bas van Ipsos lopen projecten daarnaast vaak stuk op het ontbreken van vooronderzoek. 'Het is opvallend dat bedrijven regelmatig met een project starten of een 'innovatie' op de markt brengen zonder vooraf gedegen onderzoek te hebben gedaan. Zoiets kost tijd en geld, maar als een goede voorbereiding ontbreekt, lopen projecten vaak uit op een mislukking. Dat is zonde, want zo kan de beoogde impact, betere zorg, niet optimaal worden gerealiseerd. Wij willen als sponsor van het instituut voor Brilljante Mislukkingen daarom graag het belang van gedegen marktonderzoek communiceren. Zo voorkom je onnodig leed en maak je toetsen (en leren) daarmee briljant.'

MOA ziet dat het belang van data en onderzoek enorm wordt onderschat binnen het verbeterproces van de zorg. Hier valt volgens hen nog veel te verbeteren. Waar bedrijven ruimschoots investeren in dataonderzoek- en analyse en een bijbehorend toegewijd team, blijft het ziekenhuis flink achter. Dit vindt MOA jammer, want je kan de klant via die weg veel beter van dienst zijn. Denk

bijvoorbeeld aan webshops die data gebruiken om producten zo snel mogelijk bij de klant te krijgen. Ziekenhuizen zouden onderzoek en data op dezelfde manier in kunnen zetten om de klantbeleving te verbeteren, maar doen dat tot op heden nog minimaal.

Wim van Slooten van MOA stelt dat mensen nu soms wel twee maanden moeten wachten op een MRI. 'Als er wél goed met data wordt omgegaan, kan de bezetting gemakkelijk afgestemd worden aan de hand van een planning. Twee maanden wachten op een bankstel is tegenwoordig ondenkbaar, maar twee maanden wachten op een MRI wordt wel geaccepteerd.'

Korte termijnvisie en het gebrek aan financiering belemmeren innovatie

Als oorzaak voor de trage implementatie van innovaties in de zorg noemt MOA twee factoren. Ten eerste zijn er financieringsstromen nodig. Iemand moet de innovatie betalen. De zorgverzekeraar wil vaak eerst een aantoonbaar effect zien en de uitvoerder, het ziekenhuis, heeft vaak geen geld om innovaties te implementeren. Ziekenhuizen zien vaak ook niet de directe opbrengst van een innovatie. Hoe meer verrichtingen er uitgevoerd worden, hoe groter de inkomsten zijn. Een innovatie die de zorg efficiënter maakt of kwalitatief beter is voor de patiënt, is voor een ziekenhuis niet zichtbaar in de portemonnee. Soms leidt het zelfs tot minder inkomsten, doordat patiënten minder vaak terug hoeven te komen of met één ingreep al geholpen zijn in plaats van meerdere.

Als tweede oorzaak wordt de huidige cultuur in de zorg en ziekenhuizen genoemd. Er wordt veel ad hoc gewerkt en soms ontbreekt het aan een lange termijnvisie. Om een

lange termijnvisie te ontwikkelen is er zicht nodig op de ontwikkelingen en de toekomst. Dit inzicht kan gehaald worden uit onderzoek.

Volgens van Slooten moet er gestart worden met een goede trendanalyse en het ontwikkelen van een visie. ‘Het management moet je daarnaast ook mee hebben: zo voorkom je Briljante Mislukkingen. Pas als zij het belang van onderzoek en data-inzet voor het verbeteren van de zorg inzien, gaat er iets veranderen.’

Briljante Mislukking: de ‘Hospital monitor’

Onderzoeksbureau GfK Health (nu Ipsos) heeft ook te maken gehad met Briljante Mislukkingen, projecten waarbij de beoogde opschaling niet is geslaagd. Tijdens frequente interne shared-learning sessies wordt er gezamenlijk gereflecteerd op dergelijke projecten. Een voorbeeld van een niet-geslaagd project is de Hospital monitor uit 2012. Deze monitor is destijds ontwikkeld vanwege de oneindige hoeveelheid ranking-lijsten van voorkeursziekenhuizen, met opvallend veel variatie in de nummer 1. De Hospital monitor is een landelijke kaart met daarop de voorkeuren van Nederlandse patiënten en huisartsen voor bepaalde ziekenhuizen. Deze kaart is onderverdeeld in factoren zoals specialisme, bereikbaarheid en regio. Dit instrument had bij kunnen dragen aan de kwaliteit van de zorg omdat ziekenhuizen gericht aan de slag kunnen, zeker ten opzichte van concurrerende ziekenhuizen in de omgeving. Het was opvallend dat patiënten hun keuze voor een ziekenhuis vooral op praktische zaken zoals bereikbaarheid en parkeermogelijkheden baseerden. De huisartsvoorkeur heeft vaak te maken met (persoonlijke) contacten met de zorgverlener in het betreffende ziekenhuis.

Geheel tegen alle verwachtingen is de monitor op de implementatie stuk gelopen. ‘We dachten een pronkstuk in handen te hebben, maar ziekenhuizen namen de monitor niet af. We hadden onze positieve verwachtingen beter onder alle stakeholders binnen de ziekenhuizen moeten testen. Het grootste obstakel bleek het vinden van de juiste persoon te zijn. Bij de Raad van Bestuur binnen ziekenhuizen kom je niet zomaar binnen. We werden continu van het kastje naar de muur gestuurd. ‘In al het enthousiasme was er te weinig aandacht voor het verkoopvraagstuk geweest, stelt Bas. ‘Tegenwoordig wordt er overigens veel meer belang gehecht aan de beoordelingen van patiënten, de zogeheten PROMS. Deze gerapporteerde uitkomsten van zorg geven de mening en

waardering van de patiënt over zijn of haar behandeluitkomsten weer. Je hebt daarnaast ook de PREMS, de ‘patiënt-gerapporteerde ervaringen’, die meten hoe de patiënt de gezondheidszorg ervaart. Denk aan de communicatie met de zorgverlener. Tijdens de introductie van de Hospital monitor was dit nog minder aan de orde. We waren onze tijd eigenlijk ver vooruit.’

Van innovatie voor de patiënt naar innovatie vanuit de patiënt

Niet alleen als uitkomstmaat, maar ook in de ontwikkeling van zorginnovaties lijkt er meer aandacht te komen voor de patiënt. De MOA Profgroep Healthcare maakt zich hard voor het betrekken van patiënten bij innovaties vanaf het eerste moment. Kortom: af van innovaties ontwikkelen voor de patiënt en toe naar ontwikkeling mét de patiënt.

Volgens Berend Jan Bielderma van MOA is er steeds meer aandacht voor patiëntervaringsonderzoek. ‘In eerste instantie werd het inwinnen van patiëntervaringen afgedwongen door de Inspectie en zorgverzekeraars als verantwoording voor het leveren van goede zorg. Nu verkeren we in een fase waarin er meer wordt geluisterd naar de ervaringen van patiënten, maar deze nog heel kwantitatief worden gemeten. Het voornaamste doel is nog steeds de verantwoording van de zorgkwaliteit, onder andere voor de zorgverzekeraars. Langzaam gaan we toe naar een situatie waarin de ervaringen van patiënten echt gebruikt gaan worden voor zorgverbetering.’

Deze omslag vraagt om het aanpassen van de huidige onderzoeksmethoden, stelt Bielderma. ‘Technieken waarbij uitsluitend de kwantitatieve insteek leidend is, laten we los. We vervangen dit door methoden die focussen op kwalitatieve, open vormen van onderzoek. Patiënten krijgen hierbij echt het woord en wij krijgen een beter inzicht in hun belevingswereld. De uitdaging hierbij is het analyseren van de grote aantallen verhalen van patiënten.’ Het is vooral belangrijk dat de zorg moet leiden tot een waardevolle verbetering van het leven van de patiënt, vertelt Bielderma. ‘Als zorg hier niet toe leidt, verliest het haar waarde.’

De ‘lege plek aan tafel’ is een veel voorkomend patroon binnen onderzoek en innovatie

Volgens het Instituut voor Briljante Mislukkingen, Ipsos en MOA is het noodzakelijk om alle belanghebbenden en spelers bij nieuwe ontwikkelingen en onderzoeken aan één

tafel te hebben. Zoals eerder aangestipt wordt de patiënt nog te weinig betrokken. Voor een succesvolle implementatie van innovatie en verandering is het echter van belang dat het management vroeg wordt meegenomen in het proces. Het management moet randvoorwaarden scheppen waaronder onderzoekers, behandelaars en patiënten goed kunnen functioneren. Als zij het belang van verandering op het gebied van onderzoek en innovatie niet inzien, gaat er niks veranderen.

Bij de Briljante Mislukking van GfK/Ipsos, de Hospital monitor, was de ‘lege plek aan tafel’ bijvoorbeeld ook van toepassing. Een belangrijke les bij dit project was het belang van het goed testen van de businesscase onder de hele doelgroep. Dus niet alleen testen op de beoogde gebruiker, maar ook op de beoogde afnemer. De mensen die moesten beslissen over de aanschaf waren vooraf niet voldoende betrokken bij het project.

De samenwerking tussen MOA, Ipsos en het Instituut voor Briljante Mislukkingen

Waar het instituut zich bezighoudt met het delen van Briljante Mislukkingen en het toegankelijk maken van de bijbehorende lessen, zitten MOA en Ipsos op het voorplan van (Briljante) Mislukkingen met gedegen marktonderzoek en het gebruik van data. Ipsos is hierbij uitvoerend en MOA eerder stimulerend en ondersteunend in het gebruik van data of het doen van onderzoek.

Bielderma is van mening dat er te weinig wordt gekeken naar relevante beschikbare informatie en data. ‘Er worden te snel beslissingen genomen zonder feitelijke onderbouwing. We zien dit ook terug in een aantal meer of minder Briljante Mislukkingen, zaken die wellicht voorkomen hadden kunnen worden met gedegen vooronderzoek.’

De Nederlandse Zorg- autoriteit over innovatie en verandering in de zorg

We gaan in gesprek over de benodigde verandering in de inrichting van de zorg, het belang van de implementatiekracht en de samenwerking tussen de NZa en het Instituut voor Brilljante Mislukkingen. Doel: het klimaat voor experimenten, leren en innoveren in de zorg verbeteren.

Aan tafel met Marian Kaljouw, voorzitter Raad van bestuur, van de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa)



Marian Kaljouw

De strategische agenda van de NZa: van reguleren en controleren naar samen realiseren

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in 2017 een strategische agenda gepubliceerd. In deze agenda staat de burger centraal, vertelt Marian Kaljouw. 'We moeten toewerken naar zorg die mensen in staat stelt om zoveel mogelijk zelfstandig en in hun eigen leefomgeving te kunnen functioneren. Daarvoor is een omslag noodzakelijk. Niet de ziekte of aandoening moet centraal staan in de zorg, maar het functioneren, de veerkracht én de eigen regie van de burger.'

De grootste veranderingen ten opzichte van de huidige zorg gaan over de focus op preventie, de belangrijke rol die de buurt voor het netwerk van de patiënt kan spelen en het werken met zorgarrangementen, die uitgevoerd worden door multidisciplinaire teams van zorgprofessionals. Marian Kaljouw stelt dat er daarbij een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen laag complexe, complexe en hoogcomplexe zorg. 'Het medisch centrum in de buurt richt zich –met haar eigen burgers en netwerk– op de laagste categorie. De focus ligt daar op preventie, basiszorg en acute (doch planbare) zorg met een hoge mate van voorspelbaarheid. De hoogcomplexe zorg vindt juist plaats in (grotere) specialistische ziekenhuizen.'

Per buurt zal op basis van burgerprofielen in kaart gebracht worden wat er nodig is aan maatschappelijke ondersteuning (Wmo), langdurige zorgvoorzieningen en curatieve voorzieningen. Daarop zullen door teams van zorgprofessionals arrangementen samengesteld worden die passen bij de behoeften van de buurt. Op het moment dat iemand in de betreffende wijk dan zorg of ondersteuning behoeft, wordt met de patiënt in de regie eerst gekeken naar de eventuele rol van de directe omgeving en het netwerk van burens, familie en vrienden. Dat wordt vervolgens weer aangevuld met een bijpassend zorgarrangement. De centrale vraag daarbij is: 'Wat is er nodig om u weer te laten functioneren in uw eigen leefomgeving?' Op die manier zal voorzorg, gemeenschapszorg en (laag)complexe zorg in de toekomst op een lokale én afgestemde wijze tot stand komen.

Voor hoogcomplexe zorg volgt nog steeds een doorverwijzing, maar de nazorg vindt weer zoveel mogelijk lokaal plaats. Kaljouw benadrukt daarbij dat heterogeniteit mag,

in Groningen hoeft het niet hetzelfde zijn als in Amsterdam. 'Het gaat om maatwerk. Het adviesrapport 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren' (2015) van het Zorginstituut Nederland (ZIN) vormt input voor de strategische agenda. De koers sluit goed aan bij die van het Ministerie van VWS, wat het rapport 'de juiste zorg op de juiste plek' dan weer bevestigt.'

Iedereen vindt: de zorg moet veranderen. Er moet een einde komen aan ziekte als verdienmodel

Kaljouw haalt op symposia aan dat iedereen het eens is over de visie dat mensen veel langer in staat gesteld moeten worden om thuis te blijven wonen. Daarnaast vindt de voorzitter dat er een eind gemaakt moet worden aan de financieel gedreven productieprikkel in de gezondheidszorg. 'We moeten alleen datgene doen wat nodig is en aantoonbaar bijdraagt aan de gezondheid. Dit vraagt om een andere inrichting van het zorgveld met een alternatieve beloningsstructuur. Van betalen van de ingreep naar betaling van het resultaat.'

Dat het anders kan, bewijst het voorbeeld van een 90-jarige man die in aanmerking kwam voor een knieprothese. Bij het doorvragen kwamen de zorgverleners erachter dat de betreffende man pas pijn kreeg na drie uur wandelen. Een operatie was dus niet nodig en met tweemaal per dag een uurtje wandelen –in plaats van drie uur– was alles opgelost. De grootste uitdaging is volgens Marian Kaljouw om met zijn allen een manier te vinden om de benodigde veranderingen door te kunnen voeren. 'We moeten zorg leveren die bijdraagt aan het functioneren van mensen. Het gaat daarbij ook om een verschuiving van kwantiteit naar kwaliteit. Het gesprek moet gaan over wat een behandeling bijdraagt aan het leven van de patiënt in plaats van de zorgkwaliteit in cijfers.'

Met gezamenlijke doelen, samenwerking en het bieden van perspectief krijg je de boel in beweging

Het rapport is een punt op de horizon. Kaljouw benadrukt meerdere keren dat de NZa dit niet alleen kan. Om innovatie te bewerkstelligen is medewerking van en samenwerking met het hele veld nodig. De meeste innovaties zijn uitgedacht met het belang van de patiënt voor ogen. 'Soms druist een innovatie die goed is voor de patiënt echter in tegen de belangen van een zorgverlener,

dan krijg je eventueel tegenwerking.’ Het is daarom van belang dat zorgprofessionals ook perspectief zien en krijgen. Wanneer het zorgstelsel verandert en bepaalde ziekenhuizen of functies van ziekenhuizen wegvallen heeft dit consequenties voor de medische staf. Het moet voor hen duidelijk zijn dat verandering nieuwe kansen biedt. Anders ontstaat het risico dat mensen denken: ‘Ik doe niet mee aan verandering, want dat kost mij mijn positie of baan’. Een irreële angst volgens Marian Kaljouw, omdat het gaat om een verschuiving van zorg. Waar werkplekken wegvallen, ontstaat daarbij op een andere locatie nieuw werk. De behoefte en vraag naar zorgverleners zal blijven. ‘Verder moet er worden nagedacht over de bekostiging en regulering van een andere zorginrichting. Het toezichthouden zal er immers compleet anders uitzien. Het gaat dan meer om toezichthouden op netwerken in buurten. Dat is nieuw en nog niemand weet precies hoe het moet’, stelt Marian.

Er is geen eenduidig antwoord op de ‘hoe?’-vraag, we moeten gewoon beginnen

Volgens Marian moeten we klein beginnen en vertrouwen op de kracht van de burgers. ‘Zet hen aan tafel en vraag wat ze nodig hebben.’ Momenteel lopen er drie pilots die gericht zijn op het creëren van zorgnetwerken in de buurt. Deze lopen in Amsterdam Noord, Ameland en Goeree-Overflakkee. Hierbij is er gekeken naar wat de buurt nodig heeft om zorg zo veel mogelijk in de omgeving te kunnen regelen en aanbieden. Vervolgens is er gezamenlijk met alle partijen (burgers, wethouders, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) afgestemd hoe dit gerealiseerd kan worden.

NZa als aanjager van experimenteren en leren in de zorg

Binnen de beleidsregels is er genoeg ruimte voor experimenteren en leren. De NZa wil via bekostiging en regulering de aanjager van vernieuwing zijn. Dit wordt bijvoorbeeld gedaan door mensen uit de praktijk uit te nodigen en met ideeën te laten komen. Dit zijn experimenten die zij graag willen faciliteren. Marian: ‘Wanneer je iets nieuws wil, moet je bij ons zijn, wij gaan je helpen. Voor het zorgveld is deze rol nog nieuw en wennen. Voorheen werd de NZa omschreven als een hermetisch gesloten bolwerk waar algemeen geldende regels afgekondigd werden. Een stevige toezichthouder loerde daarbij altijd om de hoek en controleerde of iedereen die regels wel naleefde. Gebeurde dat niet, dan werd er onmiddellijk een boete of tik op de vingers uitgedeeld.’ Wat betreft de rol van de toezichthouder is er veel veranderd, stelt Marian. ‘De NZa wil het veld liever preventief helpen bij het voorkomen

van fouten dan achteraf bestraffen. De meeste mensen in de gezondheidszorg willen maar één ding: hun werk goed doen en het verschil maken voor de mensen die dat nodig hebben.’

Samenwerking tussen NZa en Briljante Mislukkingen

Bij de NZa komen veel mooie initiatieven voor innovatie en verandering binnen. Maar implementatie lukt lang niet bij allemaal. Marian Kaljouw onderstreept hoe belangrijk het is om te achterhalen waarom bepaalde initiatieven wel slagen en andere niet. ‘Op die manier kan het de volgende keer beter of anders aangepakt worden. De samenwerking tussen de NZa en het Instituut voor Briljante Mislukkingen komt wat dat betreft op een goed moment en kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van het klimaat voor experimenteren en leren in de sector. Dat geldt ook voor de introductie van het TweedeKansen-loket, waar projecten die aanvankelijk (briljant) mislukt zijn, in aanmerking kunnen komen voor een nieuwe poging.’

Tijdens het gesprek komt de casus van Prof. dr. J.A. Reekers, interventieradioloog Amsterdam UMC, aan het woord. Reekers won de Briljante Mislukkingen Award Zorg in 2014 voor zijn evaluatiestudie naar verwijdering van vleesbomen in de baarmoeder door embolisatie. Dit betreft het dichtmaken van de bloedvaten die de vleesboom voeden. In zijn studie concludeerde Reekers dat embolisatie veel minder ingrijpend is voor de vrouw en bovendien ook goedkoper. Er is daarnaast sprake van level 1a evidence (de hoogste vorm van ‘evidence based’ onderzoek), 10 jaar follow-uponderzoek en een bekroning met de Parel prijs van ZonMW. Desondanks heeft de studie van Reekers er tot op de dag van vandaag niet toe geleid dat embolisatie vaker wordt toegepast. De bottleneck: de behandelende gynaecologen zijn niet erg bereidwillig om hun patiënten ‘af te staan’ aan een andere specialist, te weten de interventieradioloog, want dat is inkomstenverlies. Marian Kaljouw kan dit totaal niet begrijpen. ‘Laat zo iemand naar ons komen, dan gaan we bezien wat we kunnen doen om deze perverse prikkel in het systeem bij te stellen’. Een reactie die wij als Instituut voor Briljante Mislukkingen het liefst horen!

Met alleen systeemdenken kom je er niet

Gezamenlijk leren en experimenteren

In 2014 nam een groep bestuurders uit de gehandicaptenzorg en ouderenzorg het initiatief om de Wlz tot in detail uit te pluizen. Zij wilden de wet goed begrijpen en de inhoud doorleven. Dat leidde tot een analyse van de wet en een aantal klantreizen. Een van de inzichten die dat opleverde, was dat de uitvoering van de wet onvoldoende recht doet aan de kern van zorg: transparante, betaalbare, kwalitatief goede zorg die voor iedereen toegankelijk is. De leden van KISS zetten zich in om de zorg samen met systeempartijen te veranderen door gezamenlijk te leren in experimenten en actief kennis te delen met elkaar. De 3 belangrijkste thema's waar de leden van KISS zich voor inzetten zijn: contracteren op basis van vertrouwen, verantwoording op basis van resultaat, persoonsvolgende zorg en bekostiging.



Henk Nies

Persoonlijke ervaringen als startpunt voor meer zeggenschap en minder bureaucratie in de langdurige zorg

Bestuurders in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg hebben zich de afgelopen jaren ingezet om de Wet langdurige zorg (Wlz) overzichtelijker en eenvoudiger te maken in het project KISS: keep it simple and short. Met meer zeggenschap en maatwerk voor cliënten en met minder bureaucratie en regels. Na een zoektocht en gezamenlijk leren in experimenteren lijkt het gedachten-goed van KISS de organisatie van de langdurende zorg daadwerkelijk te beïnvloeden. Het heeft steeds meer maatschappelijk draagvlak gekregen en staat centraal in de werkopvatting van bestuurders.

Datgene dat voor de cliënt geen waarde heeft achterwege laten

'In KISS kijken we naar de regelgeving van de Wlz. Datgene wat voor de cliënt geen waarde heeft, moeten we als het even kan achterwege laten. Belangrijk bij KISS is dat cliënt en zorgprofessional meer eigen regie ervaren in het maken van belangrijke keuzes', aldus Henk Nies, bestuurder van Vilans en hoogleraar Organisatie en beleid van zorg aan de Vrije Universiteit. Zorgkantoren, zorgverzekeraars, het Zorginstituut, cliëntenorganisaties en ook instanties als NZa, IGJ en VWS hebben meegedacht en meegewerkt aan KISS. Het zijn ook de partijen die dat uitgangspunt kunnen helpen waarmaken.

Persoonlijke ervaringen met langdurige zorg als startpunt

Persoonlijke ervaringen van patiënten stonden aan de basis van KISS. Zo'n persoonlijke ervaring kwam onder meer van een cliënt bij BrabantZorg (thuiszorg en ouderenzorg) die hulp nodig had voor zijn ernstig demeterende vrouw. 'In gewone mensentaal vertelde hij wat hij belangrijk vond in het contact met onze instelling. En dat ging om heel eenvoudige principes die iedereen kan begrijpen', zegt Adrie van Osch, lid Raad van Bestuur van Brabant Zorg. 'Die meneer vond bijvoorbeeld een indicatiestelling, het vaststellen van de zorgbehoefte, heel logisch. Maar van een heleboel ander regelwerk ontging hem de noodzaak.'

Belangrijke les: "met alleen systeemdenken kom je er niet"

'Omdat het erom gaat dat zorgvragers en zorgverleners met elkaar de juiste dialoog kunnen aangaan, keken we naar wat de bedoeling van de wet is, wat er in staat en

wat er nodig is om die wet goed uit te voeren. Het klinkt misschien simpel of vanzelfsprekend, maar systeemdenken is buitengewoon hardnekkig. Er zijn allerlei instanties en systemen om de wet uit te voeren, maar die gaan al gauw een eigen wereld creëren. We moeten onszelf er steeds opnieuw aan herinneren dat systemen en bijbehorende instanties er zijn voor de belangen van mensen, en niet andersom', aldus Nies.

Op naar nog meer impact en verbinding

KISS bestaat nu zo'n vier jaar en heeft steeds meer invloed gekregen. Maar KISS stopt ook weer met haar werkzaamheden. Henk Nies: 'We waren beducht dat KISS ook een instituut zou worden dat doorgaat omdat het nu eenmaal bestaat. We blijven met een frisse blik naar de zorg kijken. Ik verbaas me er over dat we fanatiek niet-zinnige regels aan het opruimen zijn, terwijl er net zo makkelijk veel nieuwe regels bijkomen. De nieuwe geldstromen voor de verpleeghuizen bijvoorbeeld leiden weer tot allerhande regels. 'Elk potje leidt tot een schotje', zo luidt één van onze tegeltjeswijsheden'.

Henk Nies was ook als lid van de Kwaliteitsraad betrokken bij het opstellen van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. 'Het hielp enorm als we in het ontwerp van zo'n kader vanuit een duidelijke visie werkten', zegt hij. 'Het gedachtengoed van KISS hielp mij persoonlijk heel goed bij het werken aan zo'n visie. Dat volgens het kwaliteitskader individuele afspraken tussen cliënt en zorgverleners leidend zijn in het zorgplan, is bijvoorbeeld iets dat past bij KISS. Net als de sterke nadruk op het continu leren en verbeteren. Het kader gaat uit van vertrouwen in het leer- en verbetervermogen van medewerkers', zegt Nies. 'Bovendien hadden we de bedoeling de administratieve lasten te beperken. Je registreert wat je nodig hebt voor je verbeter- en leerproces. Externe instanties gaan niet allemaal nieuwe dingen bedenken. Ik hoop dat we die principes vasthouden. Lukt dat niet, dan zullen we schrapessies tekort komen en zullen de Wlz en het Kwaliteitskader 'briljante mislukkingen' worden.'

Deze bijdrage maakt gebruik van de volgende artikelen op www.vilans.nl: Systeemdenken in de zorg is hardnekkig en KISS, keep it simple and short, aangevuld met een persoonlijke toelichting van Henk Nies, lid Raad van bestuur Vilans.

Op naar duurzame gedragsverandering bij hartrevalidatie

Veelbelovende initiatieven zoeken systeemaanpassing om toekomstige briljante mislukking te voorkomen.



Roderik Kraaijenhagen



Duurzame gedragsverandering bewerkstelligen is ingewikkeld

De huidige vorm van mensen motiveren en ondersteunen richting permanente gedragsverandering bij hartrevalidatie door middel van psycho-educatieve preventie (PEP) blijkt ineffectief. Het volhouden van een nieuwe leefstijl is lastig en gaat over duurzame gedragsverandering. Met vallen en opstaan leren we gelukkig steeds meer over wat er nodig is om daadwerkelijke gedragsverandering tot stand te brengen.

Vanuit de gezamenlijke missie om gezond leven aantrekkelijk te maken wil men af van het opgestoken vingertje; belonen werkt beter dan straffen. Ook de omgeving dient sterker betrokken te worden. Met name voor hart- en vaatpatiënten (hvz) is dit van belang. Zij zijn vaak gemotiveerd om hun leven anders in te richten en maken, bijvoorbeeld tijdens de revalidatie, een veelbelovende start met gezond leven. Eenmaal thuis neemt het leven van alledag echter weer zijn aanvang en is het moeilijk om de nieuwe leefstijl vol te houden. Dat is een belangrijke gemiste kans omdat onderzoek aantoonde dat minder goede voeding, lichamelijke inactiviteit en roken in Nederland behoren tot de risicofactoren met de meeste impact op het aantal verloren levensjaren. In totaal gaan 1.625.954 levensjaren in goede gezondheid verloren als gevolg van blootstelling aan risicofactoren, optreden van ziekte en (vroegtijdige) sterfte. Hiervan werd 485.628 verloren levensjaren (30%) toegeschreven aan hart- en vaatziekten (GBD 2016).

Er zijn vele waardevolle leefstijlinitiatieven binnen de zorg, maar deze zijn maar mondjesmaat met elkaar verbonden. Patiënten missen hierdoor het overzicht en zaken die opgestart zijn in setting A (bijvoorbeeld de revalidatie), worden niet doorgezet in setting B (weer thuis). De premisse dat belonen beter werkt dan straffen is binnen de sociale wetenschappen al langer een gegeven. Internationaal is eenzelfde aanpak, waarbij bepaalde groepen patiënten beloond worden voor gezond leven, reeds grootschalig uitgerold en succesvol gebleken.

Geïntegreerd programma BENEFIT

Vanuit deze inzichten ontstond het idee om hvz-patiënten door middel van een geïntegreerd programma aan te

sporen tot het volhouden van een gezonde leefstijl en is het BENEFIT programma ontwikkeld. Met BENEFIT worden hvz-patiënten op zowel individueel niveau als op omgevingsniveau ondersteund, aangespoord en beloond voor de tijd en moeite die zij in hun gezonde leefstijl (blijven) steken. Op individueel niveau betekent dit dat patiënten een meer gepersonifieerde benadering krijgen met (semiautomatische of persoonlijke) leefstijlcoaching. Tevens krijgen zij toegang tot een persoonlijk gezondheidssportaal met een helder 'dashboard' dat hun actuele leefstijl en voortgang overzichtelijk in kaart brengt en dat uitwisseling mogelijk maakt met 'slimme monitoring technologie', zoals activiteiten monitors, bloeddrukmeters, weegschalen en sensing technieken in de telefoon/ PDA. Op omgevingsniveau spoort BENEFIT mensen aan tot het maken van gezonde keuzes en het volhouden van gezond gedrag met behulp van een loyaliteitsprogramma.

Het BENEFIT programma is bedoeld als extra stimulans aanvullend op de reguliere revalidatie en op cardiovasculair risicomanagement bij de huisarts. Patiënten kunnen na de revalidatie 'lid blijven' en gebruik maken van het gezondheidsportaal en de monitoring tools. Ook blijven ze punten sparen voor het volhouden van hun gezonde leefgewoonten, waardoor de kans groter is dat de nieuwe leefstijl bekijft. Deze aanpak vraagt een omslag in de manier waarop we naar de gezondheidszorg in het algemeen en gedragsverandering in het bijzonder kijken; niet langer het einddoel staat centraal, maar het plezier in de weg er naar toe. Het BENEFIT programma beoogt een nieuw ecosysteem voor gezondheidsbevordering met als een van de doelstellingen dat in 2022 twee van de drie deelnemers de gezonde leefstijl ten minste een jaar volhouden. Het loyaliteitsprogramma maakt het voor zowel cliënten als voor (commerciële) aanbieders van producten en diensten interessant om te participeren. Partners van BENEFIT zijn Vital10, Hartstichting, Leids Universitair Medisch Centrum en Leiden Universiteit.

Zaans Medisch Centrum

Ook Zaans Medisch Centrum (ZMC) ontwikkelde in samenwerking met Viactief, Lifestyle Interactive, Universiteit Maastricht, leefstijlbegeleiders en diëtisten een innovatief hartrevalidatieconcept waarin e-health en

een levensstijlmodule een plek kregen en de duur van hartrevalidatie werd verlengd naar 1,5 jaar. Met daarbij persoonlijke begeleiding en training gericht op het beoefenen van een gezonde leefstijl. Inmiddels hebben de initiatiefnemers ontdekt dat besparing en preventie zich lastig laten investeren. Ondanks verwoede pogingen kwam het om uiteenlopende redenen niet tot financiering. Een uitgebreidere weergave van deze casus vindt u op pagina 30 van deze uitgave.

Chronisch ZorgNet

Een ander actueel voorbeeld van een integrale aanpak is het ‘Chronisch Zorgnet’, waarin doelmatige zorg kan worden geboden aan een breed spectrum van patiënten met een chronische aandoening. Dit nieuwe project is een initiatief van ClaudicatioNet, een landelijk dekkend netwerk van zorgverleners gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (PAV). ClaudicatioNet therapeuten bieden gesuperviseerde looptherapie (GLT) aan en onderscheiden zich door het begeleiden van patiënten in het verkrijgen en behouden van een gezonde leefstijl. Het traject GLT en leefstijlbegeleiding is een intensieve behandeling van een jaar, waarbij de patiënt de eerste periode 2 à 3 sessies per week wordt behandeld. Daarna neemt de frequentie van behandelingen af tot 1 keer per maand. Er wordt gestreefd naar zelfredzaamheid na een jaar GLT. Naast het verhogen van de loopafstand en kwaliteit van leven door fysieke training wordt ook aandacht besteed aan eventuele comorbiditeiten of andere beperkende factoren. Met de bestaande infrastructuur, die ClaudicatioNet nu heeft, en de expertise van de therapeuten op het gebied van chronische aandoeningen, meent deze organisatie een uitermate geschikte structuur te hebben om uit te groeien tot ‘Chronisch Zorgnet’, waarin doelmatige zorg kan worden geboden aan een breed spectrum van patiënten met een chronische aandoening. Het Innovatiefonds Zorgverzekeraars heeft in oktober 2018 subsidie aan het plan toegekend waardoor dit initiatief van start kan.

Systeemaanpassing gezocht

Alhoewel de bovengenoemde initiatieven zich in verschillende fasen van de ontwikkeling of implementatie bevinden – van gebrek aan (vervolg)financiering (ZMC), nog lopend (BENEFIT) tot startend (Chronisch Zorgnet) – hebben zij een ding gemeen: het bewerkstelligen van langdurige gedragsverandering vergt een langdurige

begeleiding. En dat wringt met de huidige richtlijnen en financieringsstructuur. De duurzame gedragsverandering moet volgens het huidige financieringsmodel plaatsvinden in de 120 dagen die ervoor staan, in combinatie met 4 groep sessies van 2 uur. Terwijl er veel meer voor nodig is. Ook zijn 2de-lijns zorgproducten die nu centraal staan niet naar zomaar naar de 1e lijn door te trekken. Om de slagingskans en de impact van initiatieven zoals hierboven beschreven te vergroten is aanpassing van het huidige financierings- en implementatiemodel een cruciale factor. Er zijn nog veel meer briljante mislukkingen in de maak als hier geen beweging in komt. Deze systeemuitdaging vraagt om een gezamenlijke lobby en zoektocht van vertegenwoordigers in de keten naar oplossingen. Bij deze dan ook een open oproep tot dialoog!

Van diversificatie naar specialisatie..... naar diversificatie



Gregory Thomas,
Medical Lead
Roche Nederland B.V.

Ook Roche koestert zijn Briljante Mislukkingen

Roche bestaat al ruim 120 jaar en blinkt van oudsher uit in diverse producten: van geneesmiddelen, variërend van pillen tot aan specialistische infuusmedicatie, tot aan laboratoriumtesten, vitamines en parfums. Tot diep in de jaren negentig kwam je de bekende hexagoon van het Roche logo overal tegen.

Gezien Roche's ervaring met diversificatie, is in het verleden regelmatig de horizon steeds verder verbreed om producten te vinden die werkzaam zijn in zoveel mogelijk verschillende specialismen.

In 1998 ontstond er een mooie kans door een net goedgekeurd bloeddrukverlagend geneesmiddel. Hierdoor kon Roche mogelijk ook op de kaart gezet worden voor de behandeling van cardiovasculaire aandoeningen. Voor Roche een heel nieuw terrein en er werd dan ook veel geïnvesteerd om het middel zo goed mogelijk op de markt te zetten. Hoe groot was het ongeloof en de teleurstelling, toen het middel na amper een jaar alweer van de markt gehaald moest worden vanwege serieuze bijwerkingen. Een Briljante Mislukking van formaat, iets wat echter vaker voorkomt in de farmaceutische industrie. Het ontwikkelen en op de markt brengen van een medicijn is nu eenmaal een complex proces met alle risico's van dien. Zelfs als het product al op de markt is, moet je niet te vroeg juichen (archetype De huid van de beer) want het ongeluk kan in een klein hoekje zitten (archetype De bananenschil).

Dat zette de organisatie aan het denken. Had Roche wel moeten wedden op zoveel paarden binnen onderzoek en ontwikkeling? Werd ons businessmodel, waarmee we zijn ontwikkeld tot een multinational, niet te complex?

Aan het begin van dit millennium werd daarom het drastische besluit genomen om de focus te leggen op de biotechnologie, met name op de oncologie. De vitamines en geurtjes werden uitbesteed en later zelfs verkocht, en er werd alsmaar meer geïnvesteerd in de ontwikkeling van specialistische geneesmiddelen. Dit leidde tot een benadering met doorlopende aandacht voor de (door-) ontwikkelingen van medicijnen in het algemeen en de biotechnologie in het bijzonder. Daarnaast bouwde de organisatie een reputatie op van een bedrijf dat het risico neemt om een behandeling te vinden voor zeldzame of ernstig levensbedreigende ziekten.

Roche wil in de kern transformeren wanneer maatschappelijke ontwikkelingen daarom vragen. Die competentie komt nu goed van pas. Roche staat inmiddels niet meer op eenzame hoogte als het gaat om behandelingsmogelijkheden voor oncologische aandoeningen. De meest recente immuuntherapieën worden door diverse farmabedrijven ontwikkeld en zijn vaak eerder goedgekeurd. Ze geven daarbij minstens zulke goede resultaten.

Dit momentum grijpt Roche aan om kritisch te kijken naar de structuren en de manier waarop we werken binnen de organisatie, van de R&D-afdeling tot aan de verschillende filialen in de landen. Sinds een jaar wordt er steeds meer nadruk gelegd op het werken in kleine autonome teams met meer ruimte voor creativiteit en experiment. Juist met deze nieuwe wijze van werken komt Roche uit archetype De canyon en kan ze haar wendbaarheid vergroten. In complexe omgevingen komen we onder andere door trial & error en korte feedbackrondes nu sneller tot nieuwe oplossingen. Hiermee laat Roche zien het archetype De gloeilamp van het Instituut voor Briljante Mislukkingen te willen omarmen. Door deze houding kan Roche ook beter inspringen op de verschuiving van grote aandoeningen naar aandoeningen bij kleine patiëntengroepen, waar nog geen afdoende behandeling voor is gevonden.

Vanuit deze gedachte wordt er gekeken naar compleet andere manieren om studiedata te verzamelen. Big data en Artificial Intelligence creëren nieuwe ontwikkelingsmogelijkheden. De Real World Data van miljoenen patiënten genereren inzichten die van groot belang zijn voor het individu. Personalised healthcare krijgt een nieuwe dimensie doordat er met nieuwe technologie zoals next generation sequencing meer inzicht ontstaat in het genetisch profiel van het individu. Door deze informatie te koppelen aan de ervaringsgegevens van het collectief, ontstaat zicht op behandelbaarheid en onmogelijkheden. Via 'combinatorische innovatie' komt de oplossing tevoorschijn uit het collectief.

Op basis van deze aanpak lijkt er binnen Roche nu weer een omgekeerde beweging plaats te vinden. We zijn gericht op diversificatie, met de focus op innovatie en het centraal stellen van de patiënt. Tot slot is er geleerd en blijven we leren van 'Briljante Mislukkingen'!

Hoe Briljant is een Mislukking?

Leren hoe je moet reageren op onverwachte ontwikkelingen in onderzoek of innovatietrajecten is misschien wel de belangrijkste stap richting succes. In de wereld van onderzoek en innovatie lopen projecten zelden zoals van te voren bedacht. Er is meestal sprake van een andere uitkomst dan gepland. Toch horen wij hier vaak niks over. Onterecht, want het is lang niet altijd het gevolg van ondoordacht denken en handelen. Deze onverwachte wendingen zitten vaak vol met waardevolle inzichten en lessen.

Het Instituut voor Briljante Mislukkingen brengt een eerbetoon aan iedereen die iets probeert wat de moeite waard is, maar waarbij succes niet verzekerd is. De missie van het IvBM betreft twee soorten van angstreductie. Ten eerste willen we dat mensen niet bang (hoeven te) zijn om iets te beginnen waar een risico aan kleeft. Ook vinden we dat mensen te allen tijde zouden moeten kunnen praten over dingen die anders zijn gelopen dan gepland en de lessen moeten kunnen trekken, delen en toepassen.

Betekent dit dat we de ‘hogepriesters’ van het mislukken zijn en blij zijn met alles wat anders loopt dan gepland? Geblinddoekt de snelweg oversteken en dan accepteren dat het helemaal mis gaat? Geenszins! Het gaat om Briljante Mislukkingen, waarbij mensen iets proberen wat de moeite waard is en dat met veel inzet doen. Ze schatten de risico’s in en wegen ze af en maken gebruik van ideeën en kennis van anderen. Ten slotte staan ze open voor de lessen die getrokken kunnen worden, om deze kennis vervolgens te willen delen en toepassen.



Het reflecteren op Briljante Mislukkingen doen wij aan de hand van vijf onderdelen, namelijk de beoogde waarde-creatie, de inzet, het omgaan met risico’s, de aanpak en het leervermogen.

Om een kwalificatie te geven aan de mislukking en te kunnen beschrijven hoe briljant deze is, hebben we een score ontwikkeld, de zogenaamde BriMi-score. Dit is een maat voor het briljante gehalte van de mislukking. De score bestaat uit vijf componenten: V (Visie, Value), I (Inzet, Inspiration), R (Risicomanagement, Risk management), A (Aanpak, Approach) en L (Lessen, Learning). Tezamen vormen deze factoren het woord VIRAL en dat is geen toeval, want het gaat immers om leerervaringen die niet verborgen moeten blijven, maar het juist verdienen om verspreid te worden, dus ‘VIRAL’ moeten gaan!

Wanneer minimaal één van de vijf factoren afwezig is (dus als er geen sprake is van visie, inzet, (onverantwoorde) risico’s, vermijdbare of verwijtbare fouten en/of lerend vermogen) is de BriMi-score nul en is er dus sprake van een niet-Briljante Mislukking. Scoort men hoog op alle factoren, dan spreken we een Briljante Mislukking en dat mag gevierd worden!

We willen uiteindelijk een schaal voor ‘briljantheid’ definiëren. Daarvoor gebruiken we de volgende formule:

$$\text{BriMi} = (V \times I \times R \times A \times L)^{1/5}$$

Hierbij heeft iedere factor een waarde tussen 0 en 1. De uiteindelijke score is dan ook een getal tussen 0 (niet-briljant) en 1 (briljant). De 5-de machtswortel zorgt ervoor dat de invloed van kleine verschillen in de afzonderlijke waarden een beetje wordt gedempt. Wanneer alle factoren gelijk zijn, is de BriMi-score binnen deze normering gelijk aan de waarde van die factoren.

Men zou kunnen stellen dat een poging briljant is mislukt wanneer de BriMi-waarde ‘voldoende’ is, dus 5,5 of hoger. Uiteraard willen we hier geen ‘zesjes-cultuur’ en streven we naar cijfers van 8 of hoger. Onder de casussen die in deze editie van het Nederlands Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen worden gepresenteerd, zijn zeker voorbeelden van ‘Briljante Mislukkingen’ in de ware zin des woords te vinden. Wij nodigen de lezer dan ook graag zelf uit om de BriMi-score van de casussen te bepalen!

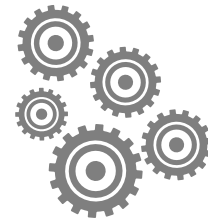
Andere punten die wij belangrijk vinden zijn:

- > de potentie van de doelstellingen (hoeveel en welke waarde-creatie werd beoogd?)
- > het vermakelijkheidsgehalte: hoe interessant en/of aantrekkelijk is het verhaal van de mislukking?
- > de hoeveelheid lef die nodig is om de resultaten van het project te openbaren
- > de reikwijdte van het leereffect

Vier niveaus van Briljant Mislukken

Briljante mislukkingen kunnen hun oorsprong vinden in het falen op verschillende niveaus: systeemfalen, organisatiefalen, teamfalen en individueel falen. Een Briljante Mislukking kan zowel het gevolg zijn van falen op een van de vier niveaus, als van falen op een combinatie van meerdere niveaus.

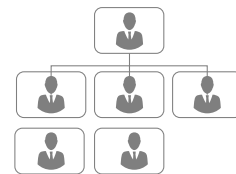
1. Systeemfalen



Falen als gevolg van de eigenschappen van het systeem

Hierbij zorgen de regels die het gedrag van het systeem aansturen dat bepaalde zaken niet lopen zoals gedacht of gewenst. Zo kunnen er perverse prikkels ontstaan die op lokaal niveau gedrag veroorzaken die voor het systeem als geheel ongewenst zijn. Ook kunnen lange-termijn effecten of bijeffecten ontstaan die het bereiken van de oorspronkelijke doelstellingen in de weg staan. Tenslotte kan een systeem ook dermate complex worden dat men überhaupt de relatie tussen oorzaak en gevolg niet meer ziet en/of snapt.

2. Organisatiefalen

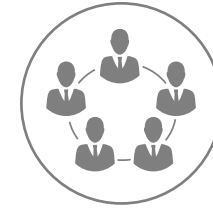


Falen op lokaal niveau

Deelverzamelingen van het systeem (organisaties) kunnen zodanig georganiseerd zijn dat zij het onmogelijk maken gestelde doelen te bereiken. Binnen de organisaties vinden we regels en/of een cultuur die niet verenigbaar zijn met de doelen die gesteld zijn. Wanneer in organisaties een sturingsmodel wordt gehanteerd dat ongeschikt is voor de betreffende activiteit, kan dat al snel een mislukking veroorzaken. Er kan bijvoorbeeld een gebrek zijn aan samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de organisatie, of er kan een ongeschikt HR-beleid zijn, waardoor niet de juiste kennis aanwezig is om een project te doen slagen.

De overige componenten van het systeem/andere partijen kunnen daar niet of in beperkte mate invloed op uitoefenen.

3. Teamfalen



Falen als gevolg van onvolkomenheden op teamniveau

Veel activiteiten worden uitgevoerd in teamverband. Voor optimaal presteren is het belangrijk dat de leden van een team elkaar aanvullen. Dat betekent dat de teamleden complementaire skills hebben en gezamenlijk op basis van vertrouwen, gedeelde ambitie en gebruikmakend van die diversiteit, gestelde doelen kunnen bereiken. Het kan echter voorkomen dat niet alle relevante kennis in het team vertegenwoordigd is of dat niet alle kennis optimaal wordt benut. Dat laatste kan om uiteenlopende redenen: men heeft te weinig tijd, er is te weinig vertrouwen, er is te weinig gedeelde ambitie of men probeert het te snel eens te worden, zodat men blind wordt voor andere mogelijkheden. Het functioneren van een team kan ook beïnvloed worden door de omgeving waarin het zich bevindt, dus de organisatie of het systeem.

4. Individueel falen



Falen als gevolg van individuele onvolkomenheden

Niemand is perfect en niemand kan het complete overzicht hebben van alle feiten en ontwikkelingen. Wij hebben onze voorkeuren en ingesleten manieren van werken en denken en we zijn ook niet altijd rationeel wanneer we beslissingen nemen.

Universele patronen in Briljante Mislukkingen: archetypen

Archetypen zijn 'universele lessen', patronen of leermomenten die een specifieke ervaring overstijgen en ook op veel andere innovatieprojecten van toepassing zijn. Om reflectie en daadwerkelijke toepassing van leermomenten te stimuleren (*double-loop learning*) heeft het instituut 16 archetypen ontwikkeld. Deze zijn voortgekomen uit een analyse van een groot aantal Briljante Mislukkingen.



De olifant

Het totaal is meer dan de som der delen

Soms worden dingen pas duidelijk wanneer je er van diverse kanten naar kijkt en wanneer je waarnemingen vanuit diverse perspectieven combineert. Dit principe wordt mooi verwoord in de parabel van de olifant en de zes geblinddoekte mensen. Aan deze waarnemers wordt gevraagd de olifant te betasten en te beschrijven wat ze menen te voelen. De een zegt een 'slang' (de slurf), de ander een 'muur' (zijkant), een volgende een 'boom' (poot), weer een ander een 'speer' (slagtang), de vijfde een 'touw' (de staart) en de laatste een 'waaier' (oor). Geen van de deelnemers beschrijft een deel van een olifant, maar wanneer ze hun waarnemingen delen en combineren, komt de olifant 'tevoorschijn'.



De zwarte zwaan

Onvoorziene ontwikkelingen horen erbij

Niet alles is te voorzien en ondanks onze plannen kunnen dingen gebeuren die alles wat we bedacht hebben volledig in de war schoppen. Deels kan men proberen te anticiperen op onverwachte zaken, door een plan B te hebben voor het geval dat een onderneming niet lukt. Over onverwachte ontwikkelingen die uiteindelijk grote invloed hebben heeft Nasser Talib een belangwekkend boek geschreven, *De zwarte zwaan*.



De verkeerde portemonnee

Het voordeel van de één is een nadeel voor de ander

In complexe situaties is het soms lastig in te schatten waar de voordelen en waar de nadelen van een project optreden. Regelmatig komt het voor dat de verandering voor het systeem als geheel positief uitvalt (een besparing, betere service, betere volksgezondheid), maar dat dit ten koste gaat van één of meerdere partijen binnen het systeem. Als het om geld gaat, is een compensatie vanuit het collectief soms nodig om een acceptabele, win-win (of *not lose-not lose*) situatie te creëren, waarbij niet de portemonnee van de één gevuld wordt door die van de ander.



De brug van Honduras

Problemen verplaatsen zich

De wereld is niet alleen complex, maar ook zeer dynamisch en dus veranderlijk. Soms proberen we een probleem op te lossen, maar zodra dat gebeurd is blijkt het probleem zich verplaatst te hebben of duikt er een nieuw probleem op. Men spreekt weleens van de 'Wet van Behoud van Ellende'. Een interessant voorbeeld hiervan is de brug van Honduras. De brug was zodanig ontworpen en gebouwd dat het de ergste orkanen moest kunnen doorstaan. Tijdens de orkaan Mitch bleek de brug inderdaad van uitstekende kwaliteit. Jammer genoeg bleek na de overstroming dat de loop van de rivier een paar honderd meter was verplaatst, waardoor de brug niet meer over de rivier lag, maar ernaast...



De lege plek aan tafel

Niet alle relevante partijen zijn betrokken

Om een verandering te laten slagen is de instemming van alle relevante partijen nodig. Ontbreekt er een partij bij de voorbereiding of implementatie, dan is de kans groot dat deze vanwege gebrek aan betrokkenheid niet overtuigd is van het nut of belang. Ook kan het gevoel buitengesloten zijn leiden tot gebrek aan medewerking.



De huid van de beer

Te snel concluderen dat iets een succes is

Aanvankelijk succes kan ons ten onrechte de indruk geven dat we de juiste weg hebben gekozen. Echter, duurzaam succes houdt in dat de aanpak ook op langere termijn, op grotere schaal en/of in andere omstandigheden moet werken. We zien dat de stap van een 'Proof of Concept' naar een 'Proof of Business' voor veel ondernemingen groot en vaak zelfs te groot is. Het bekende spreekwoord: 'Je moet de huid niet verkopen voordat de beer geschoten is.' levert een mooie metafoor voor deze situatie.



De gloeilamp

Het Experiment - 'If we knew what we are doing, we wouldn't call it research'

Vooruitgang gaat meestal niet via een rechte lijn. Daarom moeten we proberen, experimenteren en leren om de beste aanpak of de juiste route te vinden. We beschikken ook niet altijd over alle informatie of de situatie is complex, waardoor niet alle relevante zaken en onderlinge verbanden bekend kunnen zijn en slechts door 'trial & error' gevonden kunnen worden.



De generaal zonder leger

Wel het juiste idee, maar niet de middelen

Om tot (gepland) succes te komen, is het belangrijk dat de benodigde middelen beschikbaar zijn. Het kan hier om geld gaan, de juiste instrumenten, kennis, tijd, medewerkers, partners, klanten, infrastructuur, enz. Degene die deze middelen ter beschikking stelt, moet voldoende *commitment* geven aan de uitvoerder van de activiteiten.



De canyon

Ingesleten patronen

In ons leven komen we vaak dezelfde situaties tegen. Om daar efficiënt mee om te gaan ontwikkelen we routines, gewoontes en best practices. Zowel individueel als georganiseerd leren we vaardigheden en deze nestelen zich in ons brein of in de vorm van geschreven en ongeschreven protocollen in de organisatie of samenleving.



Het Einstein-punt

Omgaan met complexiteit

In onze complexe wereld is het voortdurend een uitdaging om bij onze activiteiten ervoor te zorgen dat we het beeld dat we hebben voldoende informatie bevat om representatief te zijn voor de werkelijkheid. Einstein zei het al: 'We have to keep things as simple as possible but not more simple than that.'



De rechterhersenhelft

Niet alle beslissingen komen op rationele gronden tot stand

Het is vaak al moeilijk genoeg om het gedrag van een complex systeem te voorspellen. Nog lastiger wordt het, wanneer het individuele gedrag van de spelers in het systeem niet (direct) te verklaren is op basis van bekende feiten. Sommige mensen zijn onvoorspelbaar en/of niet consequent in hun reacties en beslissingen en dat introduceert een extra graad van onzekerheid. Er zijn theorieën die de linkerhersenhelft in verband brengen met rationele processen en de rechterhersenhelft met het gevoel en emotionele processen.



De bananenschil

Een ongeluk zit in in een klein hoekje

In complexe situaties zien we veel spelers die elkaar beïnvloeden. Het is niet altijd even gemakkelijk om te beoordelen wat effecten elders in het systeem zijn als gevolg van een verandering op lokaal niveau. We zijn gewend ons te concentreren op de zaken die van groot of direct belang zijn en besteden minder aandacht aan *triggers* van gebeurtenissen die ook kunnen uitgroeien tot fenomenen op systeemniveau. Je hoeft maar naar het nieuws te kijken om te zien hoe vaak mensen letterlijk of figuurlijk een uitglijder ervaren over iets relatief kleins of triviaals.



De junk

De kunst van het stoppen

Het is zeer menselijk om iets waar we aan begonnen zijn af te willen maken. We hebben niet voor niets een doel gesteld. Uitspraken als 'Opgeven komt niet in mijn woordenboek voor!', 'Je kunt het well' en 'Afspraak is afspraak!' geven de menselijke dimensie aan van het niet-kunnen-of-willen-stoppen syndroom.



De boerendochter

De kracht van serendipiteit: de kunst om toevallig iets belangrijks te ontdekken

Het gebeurt regelmatig dat een afwijkende uitkomst in eerste instantie een mislukking is, die niet voldoet aan de verwachtingen. Maar bij nader inzien blijkt het resultaat op een andere manier toch waardevol te zijn. De Nederlandse wetenschapper Pek van Andel heeft het ooit op deze wijze geformuleerd: 'Je zoekt naar een speld in de hooiberg en rolt er met de mooie boerenmeid uit'.



The winner takes it all

Ruimte voor slechts een oplossing

Hoewel de wereld in het algemeen en innovatie in het bijzonder, baat heeft bij diversiteit en concurrentie, is er soms toch maar plek voor één dominante speler. Denk bijvoorbeeld aan standaarden die nodig zijn om daarop individuele ontwikkelingen mogelijk te maken.



De duiker van Acapulco

Timing

Wat is het goede moment om iets te doen? Illustratief voor een goede timing zijn de beroemde duikers bij Acapulco die voor een doorgaans massaal publiek van een grote hoogte in het water duiken. Zij wachten daarbij het moment af, waarop een golf het water opstuwt en voor voldoende diepte zorgt. Men kan zich voorstellen wat er gebeurt wanneer de timing verkeerd is. Zo is ook het introduceren van nieuwe producten of diensten niet alleen een kwestie van een goed idee, maar ook van het goede moment afwachten. Soms hebben mensen het gevoel dat ze een fantastisch idee hebben, maar dan blijkt een soortgelijke ontwikkeling al plaatsgevonden te hebben en is een vergelijkbare propositie net eerder op de markt gekomen. Maar minstens zo vaak is de tijd nog niet rijp; de markt is er nog niet klaar voor, de deelnemende partijen zien er de waarde (nog) niet van in, etc. Deze situatie laat zich het beste duiden als: te vroeg is ook niet op tijd.



*Succes is het vermogen om keer
op keer te falen zonder daarbij
je enthousiasme te verliezen.*

Winston Churchill

Dit project wordt mogelijk gemaakt door en in samenwerking met:

