



Instituut voor
Briljante Mislukkingen

Nederlands Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen

Editie Zorg, No. 4 | 2021

Succesvol innoveren
is durven springen op
het juiste moment

BRILJANTE MISLUKKINGEN AWARD 2021

Welke zorginnovatie is het meest Briljant Mislukt?

INNOVATIE VASTGELOPEN?

Tips en trucs om je organisatie op weg te helpen

HET BELANG VAN EEN GOED FAALKLIMAAT

Interviews met o.a. Sjaak Wijma (Zorginstituut Nederland)
en Bibian Mentel



Inhoud

Voorwoord	2
Casus 1 Nederlandse Zorgautoriteit Zorgclustermodel	6
Naar een nieuw model voor zorgvraagtypering en bekostiging	
‘Voor welke zorg wil Nederland solidair zijn?’	12
Interview met Sjaak Wijma, voorzitter van Zorginstituut Nederland	
Archetype in Actie De lege plek aan tafel	16
Casus 2 Huisartsen Eemland Docly	18
Met digitale triage de druk op de huisartsenpost verlagen	
Zonder implementatie geen innovatie	24
Interview met onderzoeker Stijn Horck	
Brandbrief. Geef embolisatie van myomen een Tweede Kans	28
Casus 3 Stichting Corona in Kaart Coronadata	30
Beter zicht op de lokale verspreiding van het coronavirus	
Archetype in Actie De zwarte zwaan	36
Casus 4 myTomorrows Early access	38
Geneesmiddelen in ontwikkeling: uitbehandelde patiënten willen ze wel, maar krijgen ze niet altijd	
‘Van de wedstrijden die je verliest, leer je het meest’	44
Interview met snowboarder Bibian Mentel	
Casus 5 Compo Software en Sevagram Gezichtsherkenning	48
Zonder stigma de deur door	
The Last Mile. Van Proof of Concept naar Proof of Business	54
‘Begin klein, dan maak je de grootste impact’	56
Interview met innovatieconsultant Bert Otter	
Casus 6 Qiy Foundation Digitaal ecosysteem	60
Digitale zelfbeschikking op het Internet van Mensen	
Archetype in actie De canyon	66
BriMis. Online omgeving voor het maximaliseren van leeropbrengsten	68
Meta-analyse van het Instituut voor Briljante Mislukkingen	70
Overzicht archetypen	74
Briljante Mislukkingen Award Zorg 2021	80

Colofon

Uitgave | Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen, Editie Zorg, No. 4, 2021
Het Instituut voor Briljante Mislukkingen© | www.briljantemislukkingen.nl/zorgaward21

Hoofredactie | prof. dr. Paul Iske (Chief Failure Officer) en drs. Bas Ruysenaars
Redactie | Lianne Snelders en Guido Cornelis
Eindredactie | Michael Royall
Fotografie | Liesbeth Dingemans (foto's casusindieners, Stijn Horck, Paul Iske en Bas Ruysenaars),
Marjolijn Lamme (foto Bibian Mentel) en Marieke Duijsters (foto Bert Otter), Shutterstock
Vormgeving | Johan van der Woude (Studio Black)
Druk | Drukwerknodig.nl

De teksten zijn tot stand gekomen in samenwerking met Josefine Kursten, Dianne Jaspers, Marcel Kerkhoven, Egge van der Poel, Josine van der Brug, Ingmar de Gooijer, Theo Breuers, Tim van de Geijn en Ad van Loon.

Met dank aan Stijn Horck, Bibian Mentel, Bert Otter en Sjaak Wijma.

Het zorgtraject van het Instituut voor Briljante Mislukkingen© wordt mede mogelijk gemaakt door en komt stand in samenwerking met ZonMw, Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ipsos, Zorginstituut Nederland, Roche en ROA (Maastricht University).

Partners



Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt de vierde editie van het Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen. Het afgelopen jaar zijn we weer druk bezig geweest met het in kaart brengen van mooie initiatieven die de zorg vooruithelpen, maar die om een of andere reden niet (direct) het gewenste resultaat opleverden.

We deden dat in een wel heel bijzonder jaar voor de zorg, waarin werkelijk alles anders was dan normaal. Er moest door de COVID-19-crisis ontzettend veel geïmproviseerd, geïnnoveerd en vooral hard gewerkt worden om het zorgsysteem zo goed mogelijk te laten functioneren en te navigeren door de pandemie. Dat is onmogelijk zonder dat er hier en daar dingen misgaan. Die gebeurtenissen moeten we accepteren en ervan leren. Maar eventuele mislukkingen zullen vrijwel altijd het predicaat 'briljant' krijgen, want er bestaat weinig twijfel over de intentie en de inzet van iedereen die een bijdrage probeert te leveren aan het beteugelen van deze crisis. Als er ook nog van geleerd wordt, dan hebben we gedaan wat we konden. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen wil graag een bijdrage leveren aan dit leervermogen en zal altijd willen samenwerken met al die professionals en anderen in de zorg die het afgelopen jaar zo hard gewerkt hebben om de gevolgen van de crisis te beperken. Daarom formeren we het Leer Opbrengsten Team Zorg, waar we de leerresultaten inventariseren en delen.

De vorige edities van het Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen hebben veel positieve reacties opgeleverd en daar is het team van het Instituut voor Briljante Mislukkingen (IvBM) enorm trots op. En ook deze vierde editie heeft veel te bieden. Natuurlijk worden de genomineerden voor de Briljante Mislukkingen Award Zorg 2021 uitgebreid geportretteerd. Het zijn prachtige verhalen van mensen die stuk voor stuk proberen de zorg beter, mooier en betaalbaarder te maken. En dat gaat meestal niet vanzelf.

Hoe kunnen vernieuwers het beste omgaan met de uitdagingen die ze op hun weg vinden en hoe kunnen we er samen voor zorgen dat barrières uit de weg worden geruimd? Het antwoord luidt: door te leren en de kennis te gebruiken. Dat leren kan op alle niveaus: als systeem, organisatie en team, maar ook op individueel niveau. De verkregen kennis kun je inzetten voordat je met iets begint, terwijl je bezig bent en achteraf, na het project. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen heeft het leren centraal gezet in de strategie om vernieuwing en verbetering te ondersteunen en de kans op implementatie van goede en potentieel waardevolle activiteiten te vergroten.

Zoals velen inmiddels weten, heeft het IvBM een methode voor het ontwikkelen van 'faal-intelligentie': door het herkennen van patronen (de archetypes) kun je onderliggende oorzaken van (mogelijke) mislukkingen vinden en daarop reageren. Daarbij spelen ervaringen uit het verleden of die van anderen een belangrijke rol. Om dit leerproces te ondersteunen heeft het IvBM een online leeromgeving ontwikkeld, BriMis, en een speciale versie gemaakt waarin de kennis uit innovatietrajecten in de zorg met en door iedereen gedeeld kunnen worden. Verderop in dit tijdschrift wordt BriMis uitgebreid toegelicht.

Maar er valt veel meer te lezen en leren in deze editie, zoals mooie interviews met mensen die net als wij de zorg en haar vernieuwers toewensen dat waardevolle ideeën kunnen rijpen en hun weg naar de toepassing vinden. Wij zijn bijzonder trots op het interview met Bibian Mentel. Zij symboliseert als geen ander de wil om het beste uit zichzelf en iedere situatie te halen en niet bij de pakken neer te zitten wanneer dingen niet lopen zoals gehoopt. Ook de boodschap van Bert Otter is helder: 'Zorg dat je klein begint, dan maak je grote impact. *Eat the elephant in pieces*'. Sjaak Wijma, directeur van Zorginstituut Nederland (ZIN)

Hoe kunnen vernieuwers het beste omgaan met de uitdagingen die ze op hun weg vinden?

Leeswijzer

In dit tijdschrift vind je zes verhalen van zorginnovators die geweldige pogingen doen om de zorg te vernieuwen en verbeteren. Om te beginnen nemen zij je mee in de **intentie, aanpak, resultaten en lessen** van hun project. Door deze lessen te koppelen aan onze **archetypen** leggen we de onderliggende oorzaken bloot én maken we de leeropbrengsten toepasbaar op andere situaties.

Daarnaast is iedere casus voorzien van de **VIRAL-score**. Om te bepalen hoe briljant een mislukking is, ontvangt iedere casus cijfers voor de Visie, Inzet, Risico, Aanpak en Leren. Met de term VIRAL verwijzen we ook naar het verspreiden van, in dit geval, kennis. Wanneer deze daadwerkelijk viraal gaat, is er sprake van een lerend en evoluerend systeem.

In het **leerprofiel** kijken we naar het **niveau** waarop geleerd wordt. Waar bij de ene casus voornamelijk kansen liggen om de faalopbrengsten te verzilveren op individueel of teamniveau, kan dit bij de andere casus juist meer op systeem- of organisatieniveau zijn. Vervolgens gaan we onder het kopje **handelingsperspectief** nog een stap verder door handvatten te geven voor wat je kunt doen in een gelijksoortige situatie.

Tot slot gaan wij als instituut met een aantal casussen aan de slag om een **Tweede Kans** te realiseren. Meer daarover lees je aan het eind van de betreffende casussen.

heeft een interessante kijk op de relatie tussen toezichhouden en het omgaan met mislukkingen. Spoiler alert: ook het ZIN begrijpt dat je zonder risico's te nemen niet vooruitkomt. En tenslotte ook een artikel over het werk van Stijn Horck, die een promotieonderzoek doet naar de impact van het leren van mislukkingen binnen organisaties in de zorg.

Natuurlijk lukt bij het IvBM ook niet alles: we hebben een TweedeKansenLoket waar mensen zichzelf kunnen nomineren met projecten die niet zijn gelopen zoals verwacht, maar waar zoveel 'faalopbrengsten' zijn, dat het zonde zou zijn daar niets mee te doen. Door de projecten, de mensen of de opgedane kennis een Tweede Kans te geven en daarbij te assisteren, wil het IvBM de beoogde waarde alsnog helpen realiseren. Dat blijkt nog niet zo makkelijk, maar we geven niet op! Zo strijden we al een aantal jaar samen met Jim Reekers voor het grootschaliger implementeren en toepassen van de methode van emboliseren bij vrouwen met myomen in de baarmoeder. Een bewezen methode die vaak voordelen biedt boven traditioneel, chirurgisch ingrijpen. Ondanks onze verwoede pogingen om samen met partijen als ZonMw, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en Zorgevaluatie en Gepast Gebruik beweging te creëren, zijn we nog niet veel verder gekomen. Daarom vindt u verderop in het tijdschrift een brandbrief die we richten aan eenieder die een duw kan geven in de goede richting.

Maar deze editie van het Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen is naar mijn bescheiden mening beslist niet mislukt! Ik wil daarom iedereen die heeft bijgedragen aan dit prachtige tijdschrift hartelijk danken. Dan denk ik natuurlijk in eerste instantie aan alle casusindieners en geïnterviewden. Maar ik wil zeker ook Lianne Snelders bedanken die de teksten heeft geredigeerd, Liesbeth Dingemans voor de prachtige foto's en Johan van der Woude voor wederom een nog mooiere vormgeving. Natuurlijk wil ik ook Guido Cornelis bedanken voor zijn tomeloze inzet en last but not least Bas Ruysenaars, mijn trouwe metgezel op de reis van de Briljante Mislukkingen. Zonder hem was niet alleen dit

Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen nooit verschenen, maar zou het IvBM sowieso geen lang leven beschoren zijn geweest.

Tenslotte wil ik alle partners van het Instituut voor Briljante Mislukkingen bedanken. Al jarenlang genieten wij het vertrouwen en steun van uiteenlopende partijen, maar op deze plek wil ik nog eens ZonMw in de persoon van directeur Veronique Timmerhuis noemen, die het stokje heeft overgenomen van Henk Smid, onze ambassadeur van het eerste uur. Daarnaast dank aan Marian Kaljouw van de Nederlandse Zorgautoriteit, die niet alleen het IvBM ook al een tijd in raad en daad ondersteunt, maar ook niet aarzelde om zelf een traject te starten om te leren van een moeizaam verlopen stelselwijziging. Dat heeft geleid tot een nominatie voor de Briljante Mislukkingen Award. Ten slotte wil ik graag Erik Gerritsen, Secretaris-Generaal bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bedanken voor zijn enthousiaste en kritische wijze van het ondersteunen en verspreiden van de boodschap van het IvBM. Juist in deze tijd van (corona)crisis is het van groot belang dat we leiders hebben die erkennen dat mislukken een optie is. Faalkosten zijn er altijd, maar de faalopbrengsten krijg je alleen als je die mag en wil zien. Erik Gerritsen is iemand die dat altijd en overal uitdraagt.

De uitgave van dit Tijdschrift voor Briljante Mislukkingen en het programma rond de Briljante Mislukkingen Award Zorg 2021 zijn ook dit jaar weer mede mogelijk gemaakt door een aantal partners die ons al geruime tijd ondersteunen. Dank aan Roche, Zilveren Kruis en Ipsos voor de bijdrage aan het verder verspreiden van het gedachtegoed en het stimuleren van leeropbrengsten ten behoeve van de zorgsector.

Ik wens u veel leesplezier.

Hartelijks,

Paul Iske,
Chief Failure Officer



Niet alle patiënten met dezelfde diagnose hebben baat bij dezelfde behandeling

Naar een nieuw model voor zorgvraagtypering en bekostiging

GGZ, BETAALBARE ZORG, BEKOSTIGINGSSYSTEMATIEK

Het bekostigingsmodel van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) is aan vervanging toe, daarover waren veel verschillende partijen het eens. In 2015 startte de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), daarom een traject om het alternatieve zorgclustermodel verder uit te werken. Alle betrokken partijen spraken in 2015 hun commitment uit, maar het traject liep in 2018 spaak.

EEN BETERE BEKOSTIGINGSSYSTEMATIEK

INTENTIE

In het huidige systeem stelt de zorgverlener na een diagnose een behandelplan op aan de hand van de diagnose-behandelcombinatie(DBC)-product-structuur. Hieraan is een bekostigingssystematiek gekoppeld. Het probleem met deze aanpak is dat de vooraf vastgestelde diagnose-behandelcombinaties maar weinig aansluiting vinden bij de praktijk van individuele cliënten. Niet alle patiënten met dezelfde diagnose hebben immers baat bij precies dezelfde behandeling; de ene depressie is de andere niet. Bovendien maakt deze structuur het moeilijk om zorgkosten te voorspellen, levert

die hoge administratieve lasten op en bevat die perverse financiële prikkels die leiden tot strategisch declaratiegedrag.

Daarom bestaat al langer de behoefte om niet het aanbod, maar de zorgvraag als uitgangspunt te nemen voor modellen voor zorgvraagtypering en bekostiging. Een nieuw model zou de uitgaven bovendien rechtvaardiger en doelmatiger moeten maken. Het 'Engelse model', ofwel het zorgclustermodel, waarin patiënten op basis van de zwaarte van hun zorgvraag in verschillende clusters worden ingedeeld, leek een geschikt alternatief.





EEN BREDE COALITIE GAAT AAN DE SLAG MET HET ENGELSE MODEL

In 2015 vormden verschillende partijen die bij de dbc-productstructuur betrokken zijn een brede coalitie (Landelijk Platform Psychische Gezondheid (LPGGz), Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse ggz, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Federatie Medische Specialisten (FMS), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), NZa, Directie Forensische Zorg (DForZo)/Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)). Samen boden ze minister Schippers de 'Agenda voor gepast gebruik en transparantie' aan, waarin ze het Engelse model als alternatief voorstelden. Onder leiding van de NZa gingen de

partijen om tafel om het Engelse zorgclustermodel verder uit te werken en passend te maken voor de Nederlandse situatie. Dit gebeurde op twee parallelle sporen: de bekostigingssystematiek en de zorginhoudelijke structuur, ofwel de zorgvraagtypering.

In 2017 startte een pilot met het nieuwe model. De NZa lanceerde de website zorgclustertool.nl, waar behandelaars zich aan konden melden en vragenlijsten konden invullen over hun patiënten en hun zorgvraag. Aan de hand van deze lijsten werden zogenaamde clusters voorgesteld die mogelijk pasten bij de zorgvraag van de patiënt, met als doel één van de 22 clusters te selecteren. De pilot liep door tot 31 december 2019.

TE WEINIG OVEREENSTEMMING EN EEN ALTERNATIEF MODEL

Tijdens het traject bleek al snel dat het moeilijk zou worden om overeenstemming te bereiken. Sommige partijen vonden dat het Engelse model overhaast als leidraad was gekozen en dat ten onrechte werd verondersteld dat het in Nederland zou werken (ook bij het succes in het Verenigd Koninkrijk werden vraagtekens gezet).

De visies begonnen steeds sterker uiteen te lopen en de samenwerking werd steeds minder constructief. Interventies konden niet voorkomen dat verschillende partijen in 2018 hun steun introkken, nog voor het einde van de pilot. In een evaluatie van het proces rond de ontwikkeling van het zorgclustermodel geven verschillende partijen aan dat het belangrijk is dat alle partijen meedoen, zowel veldpartijen als wet- en regelgevers.

Op aandringen van VWS gingen de partijen toch door met de ontwikkeling van een nieuw model. In 2019 stelde een aangepaste coalitie een alternatief model voor, het zorgprestatie-model ggz en fz. In de ontwikkeling van dit model zijn de lessen van het traject rond het zorgclustermodel meegenomen. Het zorgclustermodel is inmiddels verder ontwikkeld en verbeterd en komt in het zorgprestatie-model terug als een instrument voor zorgvraagtypering. In de verbeterde versie worden de administratieve lasten verlicht en kunnen met name de zware patiëntgroepen beter worden herkend. Het model wordt per 2022 ingevoerd.

DIT ZEGT DE JURY

Het zorgclustermodel laat zien hoe verschrikkelijk moeilijk en weerbarstig het is om de schotten in de financiering te doorbreken en te komen tot het vergoeden op basis van indicaties en uitkomsten in plaats van op bestaande behandelonderdelen en zorgsoorten. Deze casus laat een dappere toezichthouder zien die een innovatieve stap durft te zetten met een brede groep partijen en die zijn lessen deelt als voorbeeld voor een systeempartij in de zorg, die gelieerd is aan de overheid. Wie volgt?

LESSEN



De bananenschil

Een ongeluk zit in een klein hoekje

Soms merk je een probleem wel op, maar ben je er niet van bewust hoe groot de gevolgen ervan zullen zijn. In dit geval bleek dat verschillende partijen weinig vertrouwen hadden in het traject, wat een groot probleem werd: ze haakten vroegtijdig af.



De lege plek aan tafel

Niet alle relevante partijen zijn betrokken

Alle relevante partijen zaten aan tafel, maar ze hadden hun achterban niet altijd voldoende geraadpleegd. Bovendien was de mate waarin verschillende partijen bijdroegen aan de ontwikkeling van het zorgclustermodel niet evenredig verdeeld, waardoor de uitkomsten van het traject niet voor elke partij even goed aansloten bij de behoefte.



De Canyon

Ingesleten patronen

Het was voor de coalitie moeilijk om buiten ingesleten patronen te denken en met een open blik naar de tekentafel te gaan. Verschillende partijen namen al snel aan dat het Engelse model de juiste keuze was, terwijl de pilot nog niet volledig afgerond was. Aan de andere kant waren er partijen die snel concludeerden dat het zorgclustermodel in zijn geheel niet bruikbaar was. Het is positief dat het toch is gelukt om voort te bouwen op de resultaten van het zorgclustermodel nadat het traject werd afgebroken.



De verkeerde portemonnee

Het voordeel van de een is het nadeel van de ander

In het oude model waren er voor zorgaanbieders perverse prikkels die leidden tot strategisch declaratiegedrag – ze voldeden wel aan de regels, maar niet aan de bedoelingen van het model. Wat de gevolgen van het nieuwe model zouden zijn op hun portemonnee was niet geheel duidelijk.



VIRAL SCORE

Visie 8

Bij de start van het traject was er een heldere gedeelde visie: alle partijen wilden een nieuw model.

Inzet 7

De inzet van de partijen verschilde: sommige zetten zich voor de volle honderd procent in, andere toonden minder inzet. Gaandeweg liep de inzet van veel partijen terug.

Risico 6

Het ontwikkelen van een nieuw bekostigingsmodel is een complexe en risicovolle aangelegenheid. Risico's zijn bijvoorbeeld dat de politiek een wending neemt die het proces beïnvloedt, of dat er te veel stakeholders zijn die het niet met elkaar eens kunnen worden.

Aanpak 6

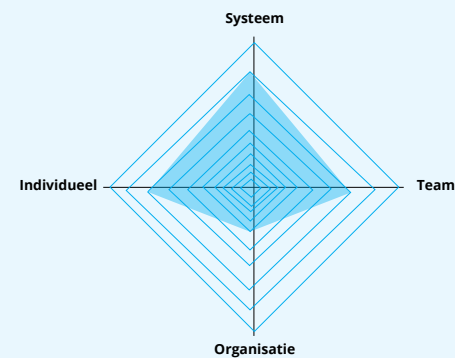
In de aanpak zijn verschillende verbeterpunten aan te wijzen. Zo bemoeilijkt de discontinuïteit van het projectmanagement het proces en gingen verschillende partijen te snel op één spoor zitten. De pilots waren goed opgezet, maar er werd niet gewacht op de uitkomsten ervan.

Leren 9

Van dit traject kan zeer veel geleerd worden. Onder meer over samenwerken binnen brede coalities, de rol van pilots in veranderprocessen en de beste manier om een grote systeemverandering aan te pakken.

SCORE 7,0

LEERPROFIEL



Op welk niveau valt er het meest te leren? Waar ligt de grootste kans om faalopbrengsten te verzilveren?

De overgang naar een nieuw model voor zorgvraagtypering en bekostiging is een complexe systeemtransitie. Op systeemniveau valt daarom het meest te leren: hoe krijg je alle partijen op één lijn en zorg je ervoor dat ze hun belangen vertegenwoordigd zien? Het is positief dat de betrokkenen de potentiële faalopbrengsten al (deels) verzilverd hebben: ze hebben de lessen meegenomen in het ontwikkelen van het nieuwe zorgprestatiemodel.

Ook op individueel en op teamniveau kan er zeker wat geleerd worden. Uit de evaluatie bleek dat de personele wisselingen in het projectmanagement als onprettig werden ervaren. Juist in complexe transitie is het belangrijk dat er een vertrouwde stuurman is, die de hele reis aanwezig is. Op teamniveau laat deze casus zien hoe belangrijk het is dat elk teamlid (in dit geval, elk lid van de coalitie) weet wat er van hem of haar verwacht wordt: welk aandeel en welke verantwoordelijkheid krijgen de verschillende partijen toebedeeld?

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE?

HANDELINGSPERSPECTIEF

Het gebeurt regelmatig dat ingesloten patronen innovaties in de weg dreigen te zitten. Het helpt om bij jezelf na te gaan of je ook in een *canyon* zit en of je daaruit kunt komen.

- 1 Bewustwording: vraag je af welke gewoontes, richtlijnen, procedures, algoritmes, et cetera je gebruikt bij de huidige activiteiten.
- 2 Vraag je af voor welke doeleinden en in welke tijd deze patronen zijn ontwikkeld.
- 3 Overweeg en bespreek of deze aanpakken onder de nieuwe, andere omstandigheden nog steeds de (enige) juiste zijn.
- 4 Kijk of er (betere) alternatieven zijn, die voorheen niet mogelijk of geschikt waren, maar nu wel.
- 5 Ga na wat je ervan weerhoudt om die alternatieven toe te passen.

In het artikel over het archetype De canyon op pagina 66 vind je meer tips om zo goed mogelijk om te gaan met ingesloten patronen. Het kan bijvoorbeeld zinvol zijn om jezelf los te maken van fout-gevoelige denkkaders door middel van een zogenaamde **pre-mortem-analyse**, waarin je alles omdraait en een nabespreking houdt nog vóór je project begonnen is, waarbij je ervan uitgaat dat het een gigantische mislukking was. Of wat dacht je van **Vooruit Falen**. Door te falen en daarvan te leren, kom je sneller vooruit.

HET ZORGPRESTATIEMODEL

TWEDE KANS

De kennis die is opgedaan tijdens de ontwikkeling van het zorgclustermodel is goed ingezet voor het vormgeven van het nieuwe zorgprestatiemodel, waar verschillende partijen zoals de Nederlandse ggz en Zorgverzekeraars Nederland wel hun handtekening onder hebben gezet. Daarmee hebben de partijen zelf goed voorzien in een Tweede Kans. De partijen hebben bovendien afgesproken dat ze de komende jaren blijven benutten om het systeem van zorgvraagtypering verder te verbeteren.

‘Voor welke zorg wil Nederland solidair zijn? Dat is de belangrijkste vraag’

Interview met Sjaak Wijma, voorzitter van Zorginstituut Nederland

SJAAK WIJMA

is sinds 2018 voorzitter van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland (ZIN). Hij studeerde medicijnen en was werkzaam als gynaecoloog in het Martini Ziekenhuis te Groningen. Naast bestuurder van het Zorginstituut is hij lid van de Raad van Advies van de Stichting Gezond Geboren en lid van de Raad van Toezicht van Leading the Change Zorgevaluatie.

Je bent van huis uit gynaecoloog. Ben je anders naar de zorg gaan kijken sinds je bestuursfuncties bent gaan vervullen?

Toen ik als arts werkzaam was, stond het perspectief van de patiënt altijd centraal. De belangrijkste les die ik heb geleerd sinds ik bestuurder ben, is dat er veel meer perspectieven op de zorg van belang zijn. Zorg gaat veel verder dan de spreekkamer, want ook de samenleving vindt er iets van. Mijn grootste uitdaging is nu om te luisteren wat de samenleving wil en daar invulling aan te geven.

Wat doet Zorginstituut Nederland precies?

Het Zorginstituut heeft als taak om een pakket van verzekerde zorg samen te stellen, met als doel dat alle Nederlanders vandaag, morgen en later goede zorg krijgen. Dat doen we niet alleen, maar met veel verschillende partijen. Samen onderzoeken we wat verstandig en goed is voor de mensen die zorg nodig hebben én voor de samenleving als geheel. Een belangrijke vraag daarbij is: voor welke zorg wil Nederland solidair zijn? Het zorgpakket moet er zo uitzien dat elke Nederlander kan zeggen: ik vind het prima dat mijn buurman dit krijgt, zonder dat ik het krijg.

Daarnaast houden we ons bezig met de vraag wat goede zorg is. Want het gaat er niet alleen om welke zorg er in het pakket zit, maar ook wat de kwaliteit van die zorg is.

Het basispakket bestaat uit een open en gesloten pakket. Wat houdt dat onderscheid in?

In het gesloten pakket zit de zorg die volgens het ‘nee, tenzij’- principe wordt vergoed. Bijvoorbeeld fysiotherapie: dat wordt niet vergoed, tenzij er specifieke omstandigheden zijn. Ongeveer tien procent van alle zorg maakt deel uit van dit gesloten pakket. Het open pakket bestaat uit zorg die wel wordt vergoed, tenzij er een uitzondering is. Bijvoorbeeld medisch specialistische zorg en huisartsenzorg.

Als pakketbeheerder adviseren wij de minister over de samenstelling van het open en het gesloten pakket en verschaffen we duidelijkheid wanneer er bij uitvoerende partijen onenigheid bestaat over wat wel of niet uit het basispakket moet worden vergoed.

Hoe bepaalt het ZIN wat goede zorg is?

Als zorg vanuit het basispakket wordt vergoed, dan moet die bewezen effectief zijn. Dat is vanuit het parlement zo besloten. Wij hebben een Wetenschappelijke Adviesraad die een uitgebreid assessment maakt om te bepalen wat de kwaliteit van bepaalde behandelingen is. Maar daar stopt het niet, want daarna volgt de zogenoemde *appraisal phase*, waarin je verschillende belangen afweegt en risico's onder ogen moet durven zien. Van sommige zorg is het heel duidelijk of die wel of niet vergoed moet worden, maar er is ook een

geleerd: waar er vroeger een zwart-wit-visie overheerste ('deze zorg zit wel, en deze niet in het pakket'), kijken we nu naar meer verschillende factoren en durven we het gesprek aan te gaan over wat goede zorg is. We doen dat steeds meer vanuit een lerende optiek.

Op dit moment bekijken we of het afwegingskader dat we gebruiken afdoende is, of dat we het moeten vervangen of uitbreiden. Hoe bepaal je welke zorg je wilt bieden en hoe wil je wegen of die nuttig is voor de BV Nederland of niet? Vaak

'Iedereen moet kunnen zeggen: ik vind het prima dat mijn buurman deze zorg krijgt, zonder dat ik die krijg'

grijs gebied. Als we een behandeling bijvoorbeeld heel belangrijk en veelbelovend vinden, dan mag er meer twijfel bestaan over de effectiviteit. Uiteindelijk beslist de patiënt of hij een bepaalde behandeling ondergaat, maar het is de verantwoordelijkheid van de overheid om te zorgen dat hij goed is voorgelicht. Daar komen altijd normatieve afwegingen bij kijken, die genomen worden in het publieke belang. Precies voor dat soort afwegingen bestaat het Zorginstituut.

Is jullie visie op kwaliteit en selectie van zorg in de loop der tijd veranderd?

Er werd jarenlang nauwelijks gesproken over de vraag wat bewezen effectief is. Tegenwoordig discussiëren professionals onderling daar veel vaker over. Ook het ZIN heeft op dit vlak veel

wordt ons verweten dat we daarbij te veel naar RCT's (*Randomized Controlled Trials*) kijken. Maar, zoals ik al zei, zijn ook appraisal-factoren voor ons ontzettend belangrijk. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld N=1-studiemodellen die je kunt gebruiken om iets te zeggen over de kwaliteit van zorg (die in *personalised health care* en *early access* worden gebruikt, red.). We zijn zeker niet op zoek naar normloosheid, maar willen wel ruimte laten voor vernieuwing.

Innovatie is niet alleen de kunst van het ontwikkelen van nieuwe dingen, maar ook van het weglaten. Hoe gaat het ZIN om met zorginnovatie?

De zorg heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt en er komen veel goede behandelingen bij.

Toch zien we dat er nog steeds verouderde behandelingen worden geleverd of dat er nieuwe worden aangeboden waarvan bekend is dat ze minder opleveren dan we van tevoren hadden gehoopt. Niet alleen wij als overheid constateren dat, ook professionals geven dit aan. Daar komt bij dat niet alles wat innovatie heet automatisch goed is. Gezondheidszorg moet iets toevoegen aan het functioneren van mensen, dat moet het uitgangspunt zijn. Als innovaties zich opdringen aan de markt, omdat ze door producenten geïnitieerd zijn, moet je daar heel selectief in zijn. Uiteindelijk is ons doel dat in heel Nederland de beste zorg geleverd wordt, die past bij de patiënt.

Innoveren betekent ook altijd risico nemen, daar staat de R in onze VIRAL-score voor.

Risico's horen zeker bij innoveren, maar het is belangrijk om te kijken of ze acceptabel zijn of niet. Pas als risico's bewust genomen zijn, kun je volgens mij spreken van een Briljante Mislukking en iets leren van wat er misloopt. Ook is het belangrijk dat de mensen over wie het gaat de risico's goed kunnen overzien. Neem bijvoorbeeld de recente problematiek rond Essure (een manier om vrouwen te steriliseren middels een veertje in de eileider, red.). Er zijn heel veel van dit soort veertjes geplaatst, maar nu blijkt dat ze schade aanrichten en bloedingen veroorzaken. Waren cliënten destijds wel voldoende op de hoogte van de risico's en wie moet nu het financiële risico dragen om ze weer weg te halen? Als Zorginstituut krijgen we tal van dit soort vraagstukken op ons bord en wegen we alles af aan het publieke belang.

Het mooie aan een Briljante Mislukking is dat je ervan kunt leren. Hoe creëert het Zorginstituut ruimte voor het leren van fouten?

Ook bij het Zorginstituut gaat er wel eens iets anders dan verwacht, maar we proberen daar wel lessen uit te trekken. Bijvoorbeeld in de gang van zaken rond de hooggebergtebehandeling die sinds eind 2019 niet meer wordt vergoed voor mensen met ernstig refractair astma. Hier ging een traject van enkele jaren aan vooraf, maar toen ons standpunt werd gepubliceerd, bleek dat we toch onvoldoende duidelijk waren geweest naar de betrokken stakeholders. Zij hadden in elk geval het gevoel dat er niet voldoende door ons naar hen was geluisterd en waren daar zeer boos over, wat leidde tot veel negatieve aandacht voor ons standpunt. We hebben in reactie een uitgebreide evaluatie gehouden en veel geleerd over hoe we dit soort processen intern beter kunnen stroomlijnen om daarmee ook beter te kunnen inspelen op de verwachtingen van betrokkenen. Het Zorginstituut wil graag zijn lessen delen en over de schutting van de eigen organisatie heen denken.

Archetype in actie

Succesvol samenwerken door beter inzicht in je netwerk

DE LEGE PLEK AAN TAFEL

Niet alle relevante partijen zijn betrokken

Om een verandering te laten slagen is de instemming en/of medewerking 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 te zijn leiden tot gebrek aan medewerking.

Een app die geen enkele patiënt wil gebruiken, wordt geen succes. Een zorgtraject dat gezondheidswinst oplevert maar een grote gedragsverandering vraagt, zal een uitdaging zijn om te implementeren. Om een innovatie te laten slagen is het van belang dat alle relevante partijen betrokken worden, zodat ze zich committeren aan het project en bereid zijn tot langdurige samenwerking. In de zorg is dat makkelijker gezegd dan gedaan, want er zijn veel verschillende partijen in het spel: patiënten, zorgverleners, ziekenhuizen, financiers, overheden, onderzoeksinstituten en leveranciers. Hoe kom je tot duurzame samenwerkingen en voorkom je een lege plek aan tafel?

Zonder goede fit geen succesvolle samenwerking

De dynamiek van succesvol gezamenlijk innoveren is op veel vlakken vergelijkbaar met het managen van succesvolle allianties. Onderzoek wijst uit dat succesvolle samenwerkingen alleen tot stand kunnen komen wanneer er sprake is van zowel een culturele fit, een operationele fit en als een strategische fit. Dat betekent dat de doelen van de verschillende partijen verenigbaar moeten zijn (strategische fit), de bedrijfsculturen goed bij elkaar moeten passen (culturele fit) en dat de businessmodellen op elkaar moeten kunnen aansluiten (operationele fit).



Er zijn veel factoren die kunnen bijdragen aan het mislukken van allianties, zoals veranderingen in het management, culturele verschillen tussen organisaties, tegenvallende resultaten, onvoldoende leiderschap in de samenwerking of een gebrek aan communicatie. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 50% van de allianties uiteindelijk niet voldoet aan de verwachtingen, waarbij slechts 13% te wijten is aan factoren die buiten de invloed van de partners liggen. Daarom is het des te belangrijker om de vinger aan de pols te houden van je netwerk.

De netwerkthermometer

Inzicht in de kwaliteit van je netwerk

Het IvBM ontwikkelde een diagnostische tool, de netwerkthermometer, waarmee je snel een indruk kunt krijgen van de kwaliteit van je netwerk. Door middel van vragenlijsten kun je in iedere fase van de netwerkactiviteiten de belangrijkste aandachtspunten in kaart brengen en bespreekbaar maken. Je kunt deze vragenlijsten aan de betrokken partijen uitdelen of iemand aanwijzen om kwalitatieve interviews te houden op basis van deze vragen.

De netwerkthermometer bestaat uit verschillende sets vragen over de volgende onderwerpen.

- **Opstarten**. Om erachter te komen welke belemmeringen er zijn en hoe je een vliegende start van je netwerk kunt stimuleren.
- **Commitment**. Het bouwen van een succesvol netwerk vereist commitment. De vragen helpen om te zien of er voldoende commitment is van jezelf en van anderen.
- **Toegevoegde waarde**. Vragen die helpen om de toegevoegde waarde van het netwerk te inventariseren.
- **Organisatie**. Weten hoe je het netwerk succesvol kunt operationaliseren.

Download het werkblad met alle vragen van de [netwerkthermometer](#).



Dat het Docly-platform in Zweden goed werkte, bleek geen garantie voor een succesvolle uitrol in Nederland

Dianne Jaspers
Voormalig medisch directeur
Huisartsen Eemland

Een uitgebreide beschrijving van deze casus en een video vind je op onze website en in de database BriMis. Volg de link in de QR-code of kijk op brimismislukkingen.nl/zorgaward21



Met digitale triage de druk op de huisartsenpost verlagen

E-HEALTH, HUISARTSENZORG, TRIAGE

Dianne Jaspers, voormalig medisch directeur van Huisartsen Eemland, zag de druk op haar huisartsenpost steeds verder toenemen. Toen ze werd benaderd door Docly was ze daarom direct enthousiast. Docly is een digitaal triage- en consultatieplatform van Zweedse makelij dat ook voor Nederlandse huisartsen een uitkomst zou kunnen zijn. Helaas trok Docly zich terug uit de Nederlandse markt, maar er ontstond een nieuw perspectief.

DE WERKDruk VERLAGEN MET EEN DIGITAAL PLATFORM

INTENTIE

Als de huisarts 's avonds of in het weekend gesloten is, kunnen patiënten terecht bij de huisartsenpost. De afgelopen jaren is het aantal patiënten toegenomen en ervaren zorgverleners een grote werkdruk. Een goede triage is daarom extra belangrijk om te bepalen wat een patiënt nodig heeft en of een bezoekje aan de post echt noodzakelijk is. 'De aanname dat mensen per se naar de post willen komen heb ik altijd bestreden,' zegt Jaspers. 'Ze willen gewoon weten wat er aan de hand is.'

Docly biedt een digitaal platform voor triage en consulten, wat de huisartsenpost veel tijd kan

schelen. Patiënten loggen in, beantwoorden triage-vragen en kunnen een foto uploaden, waarna de huisarts online advies kan geven via chat of videobellen. Dit is prettig voor patiënten omdat ze niet naar de post hoeven komen en voor huisartsen die hierdoor minder tijd kwijt zijn aan een consult. Bovendien neemt de app een deel van het werk van de triagist (de huisartsassistent) over.

Huisartsen Eemland startte samen met Docly een pilot om te onderzoeken of het platform ook in Nederland werkt en de druk op de huisartsenpost kan verlagen.



AANPAK

Een goed doordachte pilot

In 2018 werd Huisartsen Eemland benaderd door Docly, een afsplitsing van de Zweedse e-health-start-up MinDokter die de Nederlandse markt op wilde. Docly bood een compleet softwarepakket en had in Zweden al laten zien dat het platform werkt.

Jaspers sprak af dat ze samen met Docly een pilot zou implementeren. Ze maakte resultaat- en financiële afspraken met de zorgverzekeraar en benaderde Topicus, de ontwikkelaar van het huisartseninformatiesysteem dat op de post wordt gebruikt (het HAPHIS). Met hulp van Topicus werden de 10 meest voorkomende klachten bepaald en triagevragenlijsten opgesteld. Thinc (The Healthcare Innovation Centre, onderdeel van het Universitair Medisch Centrum Utrecht)

controleerde de lijsten. Vervolgens werden 10 tot 15 huisartsen gezocht en opgeleid om met Docly te werken en werden triagisten getraind. Omdat het ingebruiknemen van het platform een gedragsverandering van patiënten vereist, stelden Docly en Huisartsen Eemland ook een uitgebreid communicatieplan op, met onder meer flyers en interviews in regionale media.

In januari 2019 was alles gereed en kon de pilot van start.

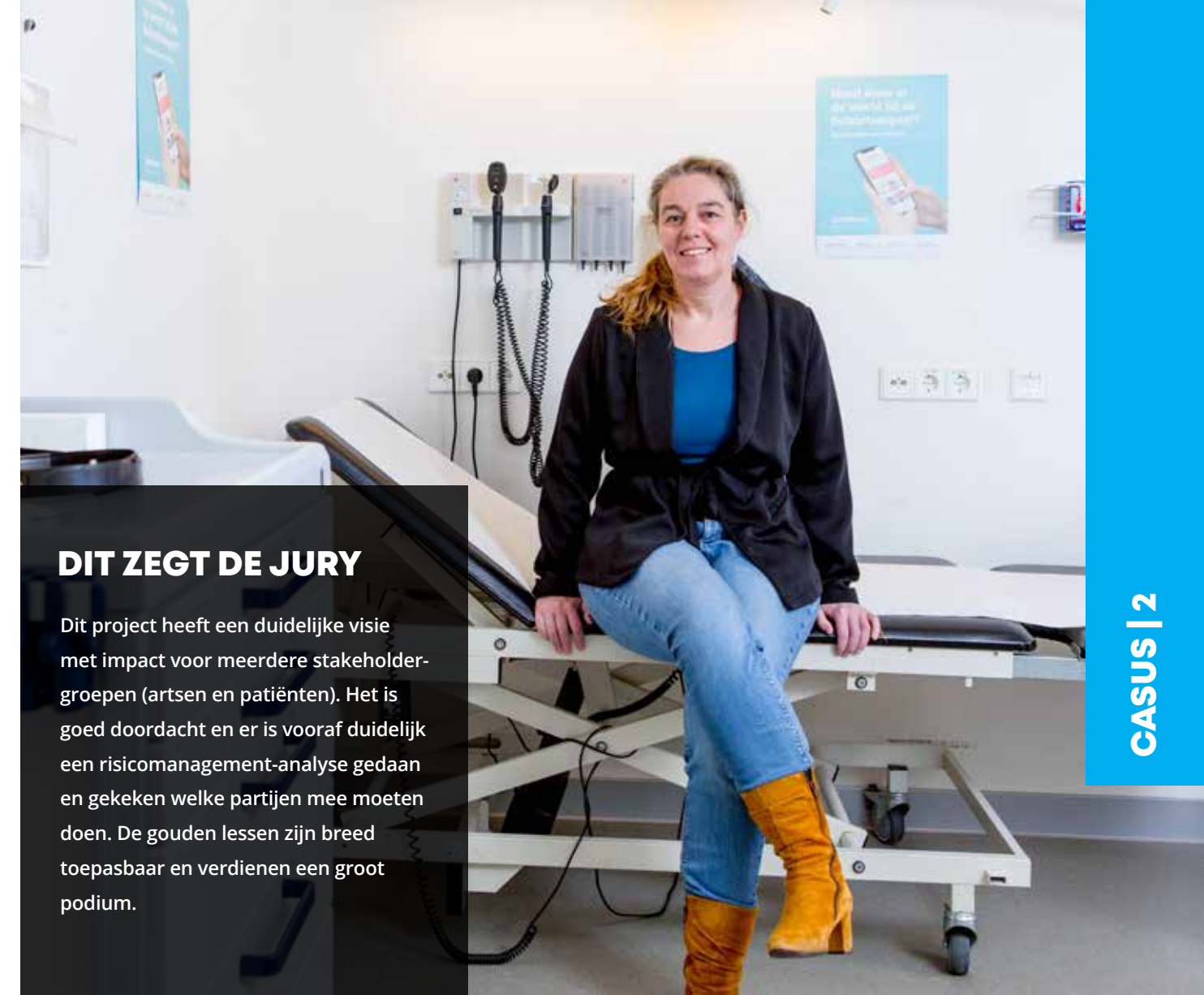
RESULTAAT

Docly trekt zich terug, spreekuur.nl start op

De pilot verliep goed en patiënten waren tevreden. Medewerkers hadden nog verbeterpunten (zo moesten huisartsen veel overtypen omdat Docly nog niet goed communiceerde met hun eigen informatiesysteem), maar zagen wel de potentie van het platform. Omdat het wat meer tijd kostte dan verwacht om het werkproces van de triagist en het gedrag van de patiënt te veranderen, werden uiteindelijk 500 in plaats van 800 consulten gedaan.

Enkele weken voor de beoogde einddatum trok Docly, ondanks de veelbelovende resultaten, de stekker uit de pilot. Het bedrijf besloot zich enkel te richten op de Engelse markt, die groter is dan de Nederlandse.

Na het mislukken van de uitrol in Nederland, begon Topicus samen met contentspecialist DigiDok een alternatief digitaal platform, spreekuur.nl. Dit platform is geïntegreerd met het HAPHIS en heeft goed gekeken naar wat er bij Docly beter kon. 'Wat wij hadden geleerd bleek goud waard voor dit initiatief,' aldus Jaspers.



DIT ZEGT DE JURY

Dit project heeft een duidelijke visie met impact voor meerdere stakeholder-groepen (artsen en patiënten). Het is goed doordacht en er is vooraf duidelijk een risicomanagement-analyse gedaan en gekeken welke partijen mee moeten doen. De gouden lessen zijn breed toepasbaar en verdienen een groot podium.

CASUS | 2

LESSEN



De huid van de beer

Te snel concluderen dat iets een succes is

Dat het platform in Zweden goed werkte, bleek geen garantie voor een succesvolle uitrol in Nederland. Hier heeft met name Docly zich op verkeken. 'De processen rond data-uitwisseling bleken tijdrovend en voor Docly was Nederland uiteindelijk te klein om langdurig te investeren,' aldus Jaspers.



De gloeilamp

Het experiment

De pilot van Docly in Nederland was een experiment. Het is belangrijk om je af te vragen wanneer een pilot voor de verschillende partijen een succes is en wanneer het goede moment is om de stekker eruit te trekken. De pilot slaagde niet, maar er is veel gebeurd met de faalopbrengsten.



De canyon

Ingesleten patronen

Tijdens de pilot bleek dat het moeilijk was om het gedrag van triagisten en patiënten te veranderen. 'Triagisten moesten eraan herinnerd worden dat ze de patiënt moesten doorverwijzen naar het platform. En een patiënt benadert ons maar één of twee keer per jaar, dus de leercurve is heel traag.'

TIJD & PIAATS

VERNIEUWING & ONZEKERHEID

VERNIEUWING & ONZEKERHEID



VIRAL SCORE

Visie 8

Het mes snijdt aan twee kanten bij Docly: patiënten hoeven niet meer naar de huisartsenpost en de huisarts kan in minder tijd meer patiënten helpen. Deze grote impact maakt het investeren in dit project meer dan de moeite waard.

Inzet 8

Zowel van de initiatiefnemers als van de uitvoerende huisartsen werd veel gevraagd. Het vermogen om uit de eigen Canyon te stappen en een nieuwe manier van werken te implementeren is een intensief proces dat beloond mag worden met een hoge score.

Risico 7

Het grootste risico lag niet bij Jaspers en Huisartsen Eemland, maar bij het Zweedse Docly. Op zich prettig, maar de grootste invloed op de continuïteit lag ook bij de Zweden. Jaspers had nog beter kunnen nagaan in hoeverre dit experiment in de Nederlandse markt een toekomst had en bij welke scenario's die toekomst er niet zou zijn.

Aanpak 7

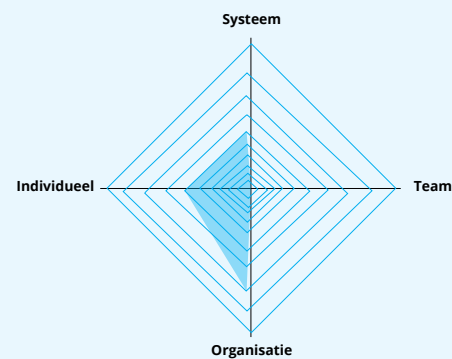
Niet zelf het wiel uitvinden en voortbouwen op de lessen van anderen. Dat is wat Jaspers deed toen ze met Docly in zee ging. In het beginsel uitstekend, maar kijk wel naar hoe een geslaagd initiatief uit een andere omgeving daadwerkelijk aansluit op jouw processen, systemen en markt. De manier van werken vroeg veel van het werkproces van de triagist en het gedrag van de patiënt. Daarnaast was de integratie in het eigen systeem niet naadloos en bleek de Nederlandse markt te klein.

Leren 9

De faalopbrengsten van deze Briljante Mislukking zijn niet alleen in kaart gebracht en gedeeld, ze zijn ook in de praktijk ingezet. Met name Topicus heeft voor spreekuur.nl slim gebruik gemaakt van de lessen van het Docly-project.

SCORE 7,8

LEERPROFIEL



Op welk niveau valt er het meest te leren? Waar ligt de grootste kans om faalopbrengsten te verzilveren?

Deze casus laat zien hoe belangrijk verwachttingsmanagement is op organisatieniveau. Huisartsen Eemland was een sterke kartrekker van de pilot en schakelde de juiste mensen in om de pilot tot een succes te maken, zoals van experts die de vragenlijsten testen. Maar Jaspers werd verrast door het feit dat Docly de stekker uit het Nederlandse project trok. Het bleek onvoldoende duidelijk wat de financiële positie van Docly was en welke verwachtingen het Zweedse bedrijf had ten aanzien van het Nederlandse marktpotentieel.

De implementatie van de pilot verliep goed, maar niet zonder uitdagingen. Aan de ene kant bleek op systeemniveau hoe lastig het kan zijn om een nieuwe applicatie te implementeren die moet interacteren met grote landelijke systemen en processen die moeilijk wendbaar zijn, zoals het HAPHIS. Aan de andere kant laat de pilot zien dat gedragsverandering op individueel niveau tijd en toewijding vraagt, in dit geval van zowel triagisten, artsen en patiënten. Hier is door Huisartsen Eemland goed op ingespeeld met informatiebijeenkomsten en flyercampagnes, maar er bleek een lange adem nodig.

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE? LEREN EXPERIMENTEREN

HANDELINGSPERSPECTIEF

Bij de samenwerking tussen Huisartsen Eemland en Docly was het voor beide partijen duidelijk dat het ging om een pilot, een experiment. Wanneer je experimenteert, kom je vaak het archetype van De gloeilamp tegen en merk je hoe belangrijk *trial and error* is om tot verandering te kunnen komen. Hoe kun je ervoor zorgen dat de opbrengst van je experiment maximaal is?

In een echt experiment toets je een hypothese en vergaar je kennis. Met die kennis ben je vervolgens beter in staat om het probleem dat je onderzoekt op te lossen. De beoogde uitkomst van een experiment is nooit een kant-en-klaar product of een waterdicht plan. Is dit wel het doel, dan is de kans groot dat het resultaat tegenvalt en je er zelfs onterecht op afgerekend wordt. Om dit te voorkomen stel je jezelf aan het begin van een project de volgende vragen:

- 1 Is er sprake van een experiment? Zo ja, zijn alle partijen dat met mij eens?
- 2 Wat is voor mij de definitie van succes voor dit project? En hoe ziet deze definitie er voor de andere betrokkenen uit?
- 3 Wat zijn de mogelijke effecten als de uitkomst anders is dan gepland?
- 4 Zodra er kennis is opgedaan, voor wie is deze dan relevant en bij wie ligt de verantwoordelijkheid om iets met deze kennis te doen?

STIJN HORCK

is PhD onderzoeker bij het Research Centre for Education and the Labour Market (ROA) aan de Maastricht University.

Hij behaalde de master European Health Economics and Management, een programma van vier verschillende universiteiten (de Erasmus Universiteit Rotterdam, Università di Bologna, Universitetet i Oslo, Management Centre Innsbruck). Tijdens zijn studie werkte hij als onderzoeks-assistent aan de Universiteit Oxford aan een onderzoek naar de implementatie van zorginnovaties. Momenteel doet hij onderzoek naar de potentiële opbrengsten van gefaalde innovaties in de zorgsector, waarvoor hij samenwerkt met het Instituut voor Briljante Mislukkingen.

Stijn mislukte zelf briljant als ober: 'Ik denk dat ik in vier weken meer eten en drinken heb laten vallen dan ik aan salaris heb verdiend. Maar het was een Briljante Mislukking, want toen ik werd ontslagen als ober, kwam ik in de keuken terecht. Dat bleek veel beter bij mij te passen. Echt een geval van serendipiteit!'

Zonder implementatie geen innovatie

Interview met onderzoeker Stijn Horck

Stijn Horck is gefascineerd door mislukkingen. Als promovendus aan de Maastricht University doet hij onderzoek naar de implementatie van zorginnovaties. We spraken met hem over innoveren, leren en het ideale faalklimaat.

Waarom ben je onderzoek gaan doen naar zorginnovaties?

Toen ik gezondheidswetenschappen studeerde, viel het me op dat er vooral artsen aan het woord zijn als het over medische zorginnovaties gaat. Managers komen vooral slecht in het nieuws, terwijl zij hard nodig zijn om innovaties succesvol te implementeren. We moeten iemand met een goed idee niet ook nog de volledige verantwoordelijkheid geven om dat idee op systeem- en organisationeel niveau te implementeren. Dat werkt niet. Toen ik tijdens mijn master hoorde dat er een gastdocent uit Oxford onderzoek deed naar de rol van managers in zorgorganisaties, heb ik hem meteen gemaïld en kon ik onderzoeksassistent worden voor zijn team. Dat was tijdens mijn master, daarna ben ik aan de Maastricht University begonnen aan mijn promotieonderzoek naar het leren van gefaalde zorginnovaties.

Hoe is het gesteld met het innovatieklimaat in de zorg?

De kennisgeneratie in de zorg gaat extreem snel: elke zeven jaar verdubbelt onze kennis. Maar die kennis vervolgens implementeren lukt vaak niet goed. De systemen waarbinnen een idee ontwikkeld kan worden tot een innovatie zijn er wel, maar ze zijn ontzettend complex. Bijna niemand weet hoe het pad gelopen moet worden.

Het grote voorbeeld hiervan is voor mij de casus van interventieradioloog Jim Reekers. Hij ontwikkelde embolisatie, een methode om vleesbomen in de baarmoeder te verwijderen zonder de baarmoeder te hoeven verwijderen. Die methode is bewezen effectief en efficiënt, maar toch ligt de implementatie stil. Iedereen wijst naar elkaar. Dat is een teken dat het systeem niet goed in elkaar zit. In mijn onderzoek kijk ik naar dat systeem-



‘Leren te innoveren leidt tot innoverend leren’

niveau, maar ook naar wat er misgaat op het niveau van de organisatie, het team en het individu. Er blijkt een grote behoefte aan een verbetering van het implementatievermogen van innovaties.

Waarom richt jouw onderzoek zich op mislukken, in plaats van op succes?

Er zijn veel organisatiewetenschappelijke theorieën die beschrijven hoe een optimaal lerende organisatie eruitziet, welke condities aanwezig

kan mensen volledig lam leggen. ‘Routine’ is een ander voorbeeld. Aan de ene kant is het vaak nodig om uit je *canyon* te komen om te kunnen innoveren, omdat het maar de vraag is of je vaste routines in een nieuwe situatie nog steeds de beste aanpak vormen. Aan de andere kant kunnen routines heel behulpzaam zijn, bijvoorbeeld voor huisartsen die dankzij hun routines sneller een afwijking op kunnen sporen. Het gaat erom de juiste balans te vinden en de context mee te wegen.

‘Je moet een omgeving creëren waarin een mislukking meer briljant dan waardeloos is’

moeten zijn om optimaal te kunnen leren. Maar dat ideaalbeeld bestaat in de praktijk niet. Je verdoet je tijd met het kopiëren van de leerkenmerken die in theorieën omschreven staan: hoe goed je die ook implementeert in een organisatie, leren garandeert je er niet mee. Het is veel beter om experimenten en innovaties dusdanig vorm te geven, dat als iets mislukt, bruikbare leerinzichten ontstaan die passen bij de context. Dit maakt een mislukking meer briljant dan waardeloos. Als je daarin slaagt, sla je twee vliegen in één klap: terwijl je al voortgang maakt met je innovatie, kun je experimenteren en leren tegelijk.

In het eerste deel van je onderzoek heb je gekeken naar organisaties. Wat viel je daarbij op?

Het opvallende is dat er veel factoren zijn waarmee het twee kanten op gaan. Een voorbeeld is ‘schuld’. Een *blame-free culture* stimuleert mensen niet om te verbeteren, maar te veel schuldgevoel

Wat wil je met je onderzoek bereiken?

Ik wil graag een meetinstrument ontwikkelen waarmee je in kunt schatten hoe groot de faalopbrengsten van innovatietrajecten kunnen zijn. Als het project mislukt, hoe groot is de kans dat die mislukking briljant is? Hoe meer data je verzamelt, hoe beter je daarover een voorspelling kunt doen en tijdig feedback kunt geven om het anders aan te pakken. Dat kan van waarde zijn voor instanties als ZonMw, die veel aanvragen voor innovatiesubsidies krijgen. En natuurlijk wil ik bijdragen aan een andere houding ten aanzien van leren en mislukken: accepteer dat door briljant te mislukken, innoveren en leren tegelijk plaats kan vinden. Leren te innoveren leidt tot innoverend leren.



Geef embolisatie van myomen een Tweede Kans

Beste lezer,

Vrouwen mogen in ons land zelf beslissen. Ze hebben sinds ruim honderd jaar stemrecht en zijn baas in eigen buik. Maar ze zijn nog geen baas in eigen baarmoeder.

Het kan toch niet waar zijn dat jaarlijks bij duizenden vrouwen met een vleesboom de complete baarmoeder wordt verwijderd, terwijl er een alternatieve behandeling is, die minder ingrijpend en goedkoper is, dat we dit al jaren weten en dat de praktijk nog steeds niet is veranderd?

Bij dezen doen wij een dringende oproep aan u de impasse in het systeem te doorbreken en de perverse prikkel bij te stellen.

De huidige situatie: onnodig verwijderen van de baarmoeder

Een myoom is een vleesboom in de baarmoeder. Myomen zorgen voor pijnlijke menstruaties en hevig bloedverlies en kunnen tot onvruchtbaarheid leiden. Momenteel is hysterectomie, het verwijderen van de baarmoeder, de meest voorkomende niet-medicamenteuze behandeling van patiënten met een myoom.

Er is een andere oplossing: embolisatie. Daarbij wordt de bloedtoevoer afgesloten waardoor het myoom zal verschrompelen. Embolisatie werd in 1995 voor het eerst beschreven en is sindsdien uitvoerig getest. Emeritus hoogleraar Jim Reekers, interventieradioloog aan het Amsterdam Universitair Medisch Centrum, concludeerde op basis van een ZonMW-onderzoek dat deze behandeling niet alleen veel minder ingrijpend is voor de patiënt – zwangerschap is na embolisatie niet uitgesloten –, maar ook veel goedkoper.

Sinds 2013 moeten gynaecologen embolisatie met patiënten bespreken als een mogelijke behandeling van hun myoom. Toch wordt de behandeling bij slechts 100 van de 8000-9000 patiënten toegepast.

De barrières: perverse prikkels

Als embolisatie veilig, minder ingrijpend en goedkoper is, waarom wordt het dan nog maar zo weinig uitgevoerd? Het antwoord ligt in de perverse prikkels in ons zorgsysteem.

De behandelend specialisten (gynaecologen) lijden inkomstenverlies wanneer ze patiënten voor embolisatie moeten doorverwijzen naar de interventieradioloog. Voor huisartsen is het niet mogelijk direct naar de interventieradioloog te verwijzen – dat er aan behandelingen bij de interventieradioloog geen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) zijn gekoppeld maakt het nog ingewikkelder. Zorgverzekeraars zouden kunnen sturen op zorginkoop, maar dat is niet aantrekkelijk omdat de aantallen klein zijn. Daar komt nog bij dat een myoom geen levensbedreigende ziekte is, waardoor de medische noodzaak van ingrijpen laag wordt ingeschat.

Zo kan het dat veel vrouwen nooit bij de interventieradioloog terecht komen. Terwijl embolisatie voor hen een geschikte, minder ingrijpende en baarmoederbesparende behandeling zou zijn van een aandoening die hun kwaliteit van leven aanzienlijk verlaagt.

De oplossing: systeemverandering en alternatieve bekostiging

Het is niet onmogelijk om dit probleem op te lossen. In het Tilburgse Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis trekken gynaecologen en radiologen samen op bij de behandeling van myomen en hebben ze afspraken gemaakt over bekostiging. Zo hebben ze de perverse financiële prikkel weg kunnen nemen. Het gevolg: embolisatie wordt veel vaker toegepast en, een mooie bijvangst, de praktijk groeide.

Kom in actie!

Specialisten, wees transparant naar de patiënt over verschillende behandelmogelijkheden en verwijs haar vaker door naar de interventieradioloog.

Beleidsmakers, zorg voor duidelijke richtlijnen die sturen op de minst ingrijpende behandeling. Grijp daarvoor het nieuwe traject zorgevaluatie aan.

Zorgverzekeraars, ontwerp positieve prikkels om embolisatie in te kopen, zonder dat de gynaecoloog hieronder hoeft te lijden.

Samen kunt u de zorg goedkoper en efficiënter maken en de patiënt geven waar ze recht op heeft: baas zijn in eigen baarmoeder.

Met vriendelijke groeten,

Paul Iske

Bas Ruysenaars

Instituut voor Briljante Mislukkingen



Beter zicht op de lokale verspreiding van het coronavirus

CORONA, DATA, EERSTELIJNSZORG, PRIVACY

Toen corona losbarstte, was er weinig zicht op de lokale verspreiding van het coronavirus. De Stichting Corona in Kaart (SCiK) ontwikkelde daarom een regionaal data- en informatieplatform en realiseerde een pilot in Rotterdam. Helaas lukte het niet om het platform in de lucht te houden en op nationaal niveau uit te rollen. De initiatiefnemers hopen op een doorstart.

DATA OVER CORONA DELEN

INTENTIE

Als de coronacrisis losbarst is de uitwisseling van gegevens over coronabesmettingen en -verdenkingen gebrekkig. Verdachte gevallen worden nauwelijks bijgehouden en het is moeilijk om zicht te krijgen op de lokale verspreiding van het virus. Daar wil SCiK verandering in brengen.

Het doel is om een platform te ontwikkelen waar zorgverleners gemakkelijk (verdachte) gevallen kunnen registreren en waar data omtrent corona tot op zeer lokaal niveau inzichtelijk worden gemaakt op een dashboard en in hittekaartjes. De

coronadata worden gecombineerd met data omtrent bijvoorbeeld comorbiditeit. 'Als je weet hoeveel diabetes of mensen met hart- en vaatziekten corona krijgen, dan verandert dat je risico-inschatting,' licht huisarts Kerkhoven toe. Eerstelijnszorgverleners kunnen zo passende zorg leveren en beleidsmakers kunnen op basis van deze informatie betere beslissingen nemen over lokale maatregelen en de regionale inzet van mensen en middelen.





AANPAK

EEN PILOTPLATFORM MET HULP VAN VERSCHILLENDE SPECIALISTEN

Corona in Kaart begon tijdens de eerste coronagolf, in maart 2020, met een spontaan idee van de Rotterdamse broers Matthijs en Egge van der Poel, respectievelijk huisarts en datawetenschapper uit Rotterdam. Zij richtten een stichting op en verzamelden mensen uit verschillende disciplines om zich heen, zoals een juridisch expert, platformspecialisten, datawetenschappers en een epidemioloog.

De stichting startte gesprekken met verschillende beleidsmakers en zorgverleners op zowel regionaal als landelijk niveau om hen te overtuigen van het belang van het delen van data. Daarnaast begon SCiK een crowdfundingcampagne om geld op te halen voor een pilot van het platform. Samen met platformdiensten Esri en CloudVPS

realiseerde SCiK een platform dat zes maanden gratis toegankelijk was. 'Een aantal huisartsen in Rotterdam kon op een hittekaartje precies de verdenkingen en bevestigde gevallen zien,' vertelt Egge van der Poel.

In opdracht van deelnemende zorgverleners gebruikte de stichting hun statistische gegevens voor het maken van analyses en kaarten, waar mogelijk verrijkt met openbare databronnen. Tevens konden zorgverleners via het platform onderling informatie uitwisselen.

RESULTAAT

GEEN OPDRACHTGEVER, DUS GEEN UITROL

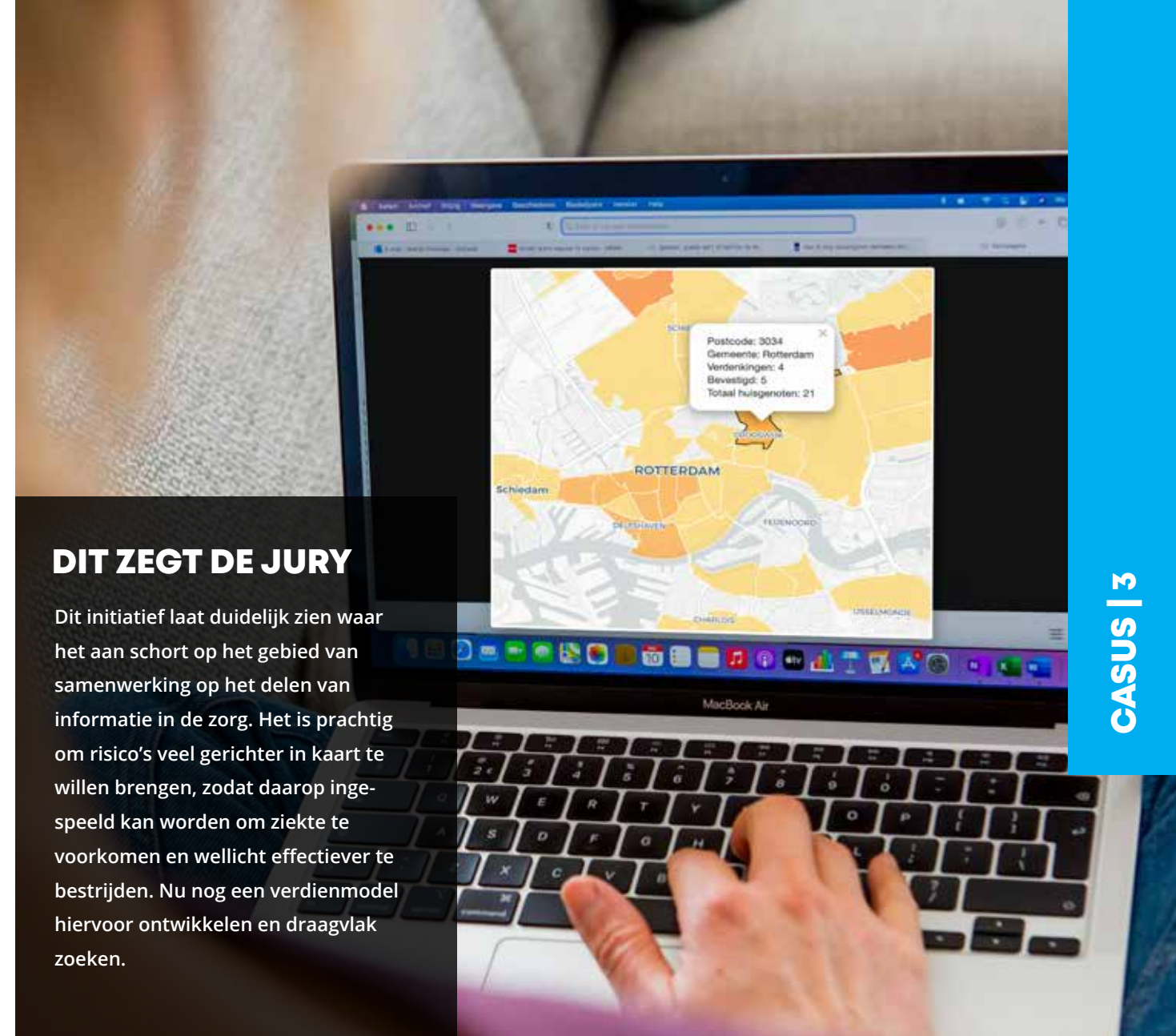
Helaas lukte het SCiK niet om een opdrachtgever te vinden die de pilot landelijk uit zou willen en kunnen rollen. Hierdoor ontbrak er ook financiering om het project door te zetten.

Een groot obstakel waar SCiK tegenaan liep, was een defensieve houding als gevolg van een wisselende interpretatie van de privacywetgeving. Er is veel onduidelijkheid en angst over het delen van gezondheidsgegevens (al dan niet statistisch) binnen de zorgketen. 'We hebben een pleidooi gehouden tot aan de Veiligheidsregio en het Informatieberaad Zorg van VWS, maar het heeft niet mogen baten. Terwijl de maatschappelijke noodzaak toch evident is,' zegt Kerkhoven.

Daar kwam bij dat niet alle partijen bereidwillig waren om hun data te delen. 'Het verbaast me dat

het grotere goed niet altijd werd gezien, dat men zei: Ik heb die data niet nodig voor mijn organisatie, dus waarom zou ik meewerken,' aldus Van der Brug.

Tijdens de tweede coronagolf is het testbeleid aangepast en heeft de overheid een coronadashboard gemaakt. Toch ziet SCiK nog steeds dat er behoefte is aan betere data en het breder delen van data over besmettingen. Positieve testuitslagen van de GGD komen niet bij de huisarts terecht en cijfers zijn vaak incompleet of vertraagd. Er wordt weinig gebruik gemaakt van mogelijkheden om data te verrijken en zo meer sturingsinformatie te generen. Dat zou toch anders moeten kunnen.



DIT ZEGT DE JURY

Dit initiatief laat duidelijk zien waar het aan schort op het gebied van samenwerking op het delen van informatie in de zorg. Het is prachtig om risico's veel gericht in kaart te willen brengen, zodat daarop ingespeeld kan worden om ziekte te voorkomen en wellicht effectiever te bestrijden. Nu nog een verdienmodel hiervoor ontwikkelen en draagvlak zoeken.

LESSEN



Het Einstein-punt

Omgaan met complexiteit

De eerstelijnszorg is zeer complex. Er wordt gewerkt met veel verschillende datasystemen. Bovendien maken de verschillende interpretaties van de AVG het uitwisselen van persoonsgegevens tussen de verschillende stakeholders notoir moeilijk.



De canyon

Ingesleten patronen

SCiK heeft gemerkt hoe lastig het kan zijn om mensen ervan te overtuigen het anders te doen. Het lijkt erop dat het zorgsysteem vanuit een sterke centralistische reflex heeft gereageerd op de coronacrisis.



De lege plek aan tafel

Niet alle relevante partijen zijn betrokken

'Als ik precies had geweten wie er aan tafel had moeten zitten, had ik misschien andere keuzes gemaakt,' zegt Egge van der Poel nu. SCiK begon bij een vraag vanuit huisartsen, maar had het liefst meteen om tafel gezeten met de GGD, de Veiligheidsregio of het ministerie van VWS.



De generaal zonder leger

Wel het juiste idee, maar niet de middelen

De SCiK ontwikkelde een succesvolle pilot, maar had niet de juiste middelen om deze door te ontwikkelen. Het ontbrak zowel aan geld als aan een sterke lobby.

COMPLEXITEIT

VERNIEUWING & ONZEKERHEID

POLITIEK & BELANG

MIDDELEN



VIRAL SCORE

Visie 9

Het is lovenswaardig om vroege signalering van corona door huisartsen te bevorderen. Want door slim meervoudig datagebruik kan gestuurd worden op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Dat is relevant in en buiten de coronacrisis.

Inzet 7

Aan het team en de inzet heeft het niet gelegen. De initiatiefnemers hebben op basis van signalen van huisartsen veel tijd gestopt in het creëren van een oplossing in crisistijd.

Risico 6

De experimenten kosten menskracht en geld, maar afgezet tegen de mogelijke voor- of nadelen, zijn de risico's redelijk goed beperkt. Dat het zorglandschap versnipperd is en dat de organisatiegraad en lobby vanuit huisartsen laag is, was al wel bekend.

Aanpak 6

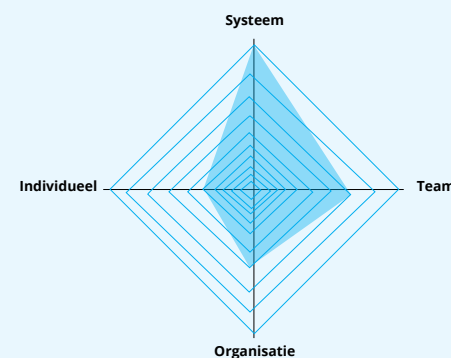
SCiK heeft veel pogingen tot samenwerking gedaan, maar het bleek als nieuwkomer moeilijk om aan tafel te komen. Een betere lobby had mogelijk tot meer implementatiekracht kunnen leiden. Ook lijkt het erop dat er (door de tijdsdruk?) minder ruimte is geweest om werkprocedures op elkaar af te stemmen. Er is namelijk een groot verschil tussen huisartsenapplicaties en de datasystemen van thuiszorgorganisaties. Daarnaast is het de vraag of een crowdfunding-campagne een gepaste en geloofwaardige zet was in deze fase van het initiatief.

Leren 8

Potentieel kan er veel geleerd worden van dit initiatief. Een belangrijke kracht van ons zorgsysteem ligt in de eerste lijn, maar de crisis heeft extra duidelijk gemaakt dat de informatievoorziening voor huisartsen nog steeds niet goed geregeld is. Bovendien laat deze casus zien dat het goed is om voorbij gevestigde partijen te kijken en nieuwe initiatieven een kans te geven.

SCORE 7,0

LEERPROFIEL



Op welk niveau valt er het meest te leren? Waar ligt de grootste kans om faalopbrengsten te verzilveren?

Met de interpretatie van de privacywetgeving als grootste obstakel scoort het falen op systeemniveau maximaal. Bij veel initiatieven waarin data-uitwisseling een cruciale rol speelt, zien we dat de interpretatie van de AVG ervoor zorgt dat er minder ruimte wordt genomen dan in de wet daadwerkelijk mogelijk is. Veel innovatie-initiatieven zouden baat kunnen hebben bij een digitale verzamelplek met 'jurisprudentie' en ervaringen van wat er wél mogelijk is binnen de AVG.

Op team- en organisatieniveau valt te leren dat de gekozen strategie cruciaal kan zijn: wie probeer je op welk moment te mobiliseren, op welk niveau steek je in om draagvlak en support voor je project te organiseren? Ook het geconstateerde gebrek aan collectieve lobbykracht op lokaal niveau (zoals vanuit de huisartsen) kan gezien worden als falen op organisatie- (en sector-)niveau. Hoe kan deze groep de slagkracht vergroten in de roep om een betere benutting van lokale data?

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE?

HANDELINGSPERSPECTIEF

Een belangrijke les in deze casus is De lege plek aan tafel. Hoe en op welk moment moet je belanghebbenden als de GGD, de Veiligheidsregio of het ministerie van VWS betrekken? Het is als nieuwkomer erg lastig om met de juiste mensen aan tafel te komen. Wat kun je doen om de juiste mensen te betrekken?

Stakeholderanalyse

Als je zelf stakeholders gaat identificeren is het belangrijk om je bewust te worden van wie er op welk moment aan tafel moet zitten. Ook is het belangrijk om inzicht te krijgen in de mate waarin de stakeholders macht of invloed hebben op het initiatief. Wat kan helpen is om belanghebbenden in te delen in *primaire stakeholders* (die directe en specifieke belangen hebben) en *secundaire stakeholders* (meer algemeen, maar van groot belang voor het draagvlak). Daarbij kun je ook kijken naar verschillende typen belangen: materiële, sociale, politieke en informatiebelangen. Steeds kun je de volgende vragen stellen:

- 1 Hoeveel macht heeft deze stakeholder over mijn initiatief? Met welke machtsmiddelen? Er zijn uiteenlopende machtsmiddelen: wettelijke bevoegdheden, geld, of macht over andere stakeholders.
- 2 Hoe legitiem is (de claim van) deze stakeholder? Legitimiteit heeft betrekking op de sociale aanvaardbaarheid of zelfs wenselijkheid van de invloed van de stakeholder.
- 3 Hoe urgent is de claim? Urgentie is de mate waarin de stakeholder, althans de kwestie die deze aankaart, (onmiddellijke) aandacht opeist. Urgentie kan te maken hebben met tijdgevoeligheid, tijdslimieten en met belang, ofwel het toegekende gewicht.

TWEDE KANS

We zijn voorlopig nog niet van het coronavirus af. Daarom is een Tweede Kans voor dit project zeer aan te bevelen – ook met het oog op mogelijk vergelijkbare situaties in de toekomst. In het algemeen geldt dat een betere benutting van lokale data wenselijk is. Een ander initiatief dat goed op weg is, is het PHARMO Data-netwerk, een netwerk van databanken met geanonimiseerde gegevens afkomstig van diverse zorgprofessionals, waaronder huisartsen, openbare en ziekenhuisapotheken, klinische laboratoria en ziekenhuizen. Hierbij zou aansluiting gezocht kunnen worden.

Een Tweede Kans op het niveau van het initiatief zelf kan bestaan uit het nogmaals rond de tafel gaan met partijen op landelijk niveau zoals de GGD en het ministerie van VWS en op regionaal niveau met de Veiligheidsregio Rotterdam, om het regionaal data- en informatieplatform alsnog in praktijk te brengen.

Archetype in actie

Ontwikkel je aanpassingsvermogen binnen een onzekerheidscultuur

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*.

Onzekerheid is troef in coronatijden. Hoe ga je daar als persoon, organisatie of samenleving goed mee om? Sommigen schieten direct in de actiemodus, anderen verstillen en nemen de tijd om te reflecteren. Als de toekomst onzeker is, is het moeilijk om te weten wat de juiste beslissing is. Neem bijvoorbeeld de horecaondernemer die voor de keuze staat zijn bedrijf failliet laten gaan of er zijn laatste spaargeld in steken. Of het coronadilemma van de ziekenhuisbestuurder: de reguliere zorg afschalen of meer ruimte maken voor coronapatiënten? Waar doe je goed aan als kennis zich ontwikkelt, de wereld verandert en je niet weet hoe de toekomst eruitziet?

Scenariodenken Nieuwe perspectieven op vastgelopen processen

Scenariodenken is een instrument dat kan helpen om gestructureerd maar met de vereiste flexibiliteit over het heden en de toekomst te denken. Naar analogie van de schaakopstelling gaat het erom dat je als organisatie leert een zodanige positie in te nemen dat je zonder problemen op meerdere zetten van je tegenstander kunt reageren en dus voor meerdere scenario's robuust ofwel toekomstvast bent. Om daarop voorbereid te zijn is het belangrijk om als mens en als organisatie lenig (agile) te zijn. Dat is niet alleen nuttig voor toekomstige situaties, maar ook voor problemen in het heden. Want vaak zijn er meerdere oplossingen denkbaar of bestaat de perfecte oplossing simpelweg niet (zeker bij wicked problems is dat nogal eens het geval).

Hier zien we een verband met het archetype De olifant (het totaal is meer dan de som der delen): er zijn altijd verschillende perspectieven nodig om een probleem volledig in kaart te kunnen brengen. In een multidimensionale cognitieve ruimte kan een heel ander pad zichtbaar worden. Dit gebeurde bijvoorbeeld toen Shell scenariodenken ging toepassen: het bedrijf kon pas vermoeden dat olie schaars zou kunnen zijn, toen het niet alleen ging nadenken in termen van technologische mogelijkheden, maar ook rekening hield met geopolitieke ontwikkelingen.

Zelf scenariodenken

Je kunt scenariodenken door bijvoorbeeld de twee belangrijkste externe onzekerheden te identificeren die veel invloed hebben op je bedrijfsvoering. Laten we zeggen, de snelheid waarmee een vaccin succesvol wordt uitgerold (langzaam of snel) en de ontwikkeling van de economie (matige recessie of stevige recessie). Door deze in een matrix te plaatsen creëer je vier mogelijke scenario's. De volgende stap is om de scenario's uit te werken: hoe ziet je organisatie eruit in elk van die vier werelden en hoe zorg je dat je wendbaar genoeg bent om op de verschillende scenario's in te spelen? Uiteindelijk gaat het niet om de scenario's die je bedenkt, maar om de wendbaarheid die je creëert.

Wil je zelf aan de slag met scenariodenken? Download het werkblad [scenariodenken](#).



Lees in het artikel over het archetype De canyon op pagina 66 ook hoe je kunt ontsnappen aan vaste denkkaders met de [pre-mortem-analyse](#) en hoe je beter kunt worden door en niet ondanks je mislukkingen met behulp van [Vooruit Falen](#).

De aanpak van COVID-19 heeft aangetoond dat early access een belangrijke rol speelt

Geneesmiddelen in ontwikkeling: uitbehandelde patiënten willen ze wel, maar krijgen ze niet altijd

MEDICIJNEN, FARMACEUTEN, VERGOEDINGSSYSTEMATIEK

Voor uitbehandelde patiënten is er soms nog hoop. Medische behandelingen die nog in ontwikkeling zijn kunnen voor hen de nodige gezondheidswinst opleveren. myTomorrows (mT) koppelt patiënten en artsen aan geneesmiddelen die in ontwikkeling zijn. Dat klinkt eenvoudiger dan het is.

MEER NIEUWE MEDICIJNEN BESCHIKBAAR MAKEN MET EARLY ACCESS

INTENTIE

Het ontwikkelen van nieuwe medicijnen is een kostbaar en langdurig proces. Gemiddeld duurt het 8 jaar om een medicijn te ontwikkelen, daarna kan het nog tot 3 jaar duren voordat het medicijn de patiënt bereikt.

Early access is een gereguleerde manier om medicijnen sneller beschikbaar te stellen door uitbehandelde patiënten toegang te geven tot medicatie die in de laatste klinische ontwikkelfase zit. De patiënten doen niet mee aan een klinische studie, maar artsen verzamelen wel (*real-world*) data over hun behandeling, die de fabrikant vervolgens kan gebruiken om het medicijn verder te ontwikkelen en te registreren.

Het doel van mT is om (1) uitbehandelde patiënten te helpen zoeken naar mogelijke behandelingen, (2) artsen te ondersteunen in het vinden van behandelopties en toegang voor patiënten te realiseren en (3) het ontwikkelingstraject van medicijnen te verbeteren met real-world data.

‘Het vergoeden van niet-geregistreerde behandelingen onder bepaalde voorwaarden zal niet alleen leiden tot een meer gepersonaliseerde patiëntenzorg, maar ook tot een verbeterd ecosysteem van medicijnontwikkeling met meer betaalbare medicijnen als gevolg,’ volgens Ingmar de Gooijer.





AANPAK

OP ZOEK NAAR EEN VERGOEDINGSSYSTEMATIEK

mT opereert wereldwijd en helpt jaarlijks duizenden patiënten en artsen met informatie over en toegang tot medicijnen in ontwikkeling. Het techplatform van mT bestaat uit verschillende componenten, waaronder een zoekmachine die zoekt in registers van klinische studies, medisch onderzoek en *compassionate use*-programma's (waarin nog niet goedgekeurde medicijnen onder strikte voorwaarden verstrekt worden aan patiënten). Farmaceutische bedrijven financieren de diensten van mT, die gratis beschikbaar zijn voor artsen en patiënten.

mT wil graag een businesscase voor het vergoeden van early access onder bepaalde voorwaarden in Nederland ontwikkelen. In ruil voor real-world data en afspraken over de prijs voor én

na toelating krijgen meer patiënten de zorg die ze nodig hebben, heeft de betaler meer grip op de prijsstelling van geneesmiddelen en worden de onderzoekskosten voor de fabrikant verlaagd. Met name kleine bedrijven hebben hier baat bij omdat ze veelal genoodzaakt zijn samen te werken met grote fabrikanten in de laatste onderzoeksfase, wat zorgt voor minder concurrentie.

Om tot een businesscase te komen zette mT drie verschillende pilots op, waarin werd geëxperimenteerd met een bekostigingssystematiek die voordeel oplevert voor patiënt, arts, betaler (overheid of verzekeraar) en de fabrikant.

GEEN BEWEZEN BUSINESSCASE, WEL MOTIVATIE OM DOOR TE GAAN

Geen van de drie pilots haalde de eindstreep.

De eerste pilot paste binnen de bestaande vergoedingssystematiek en kon rekenen op steun van patiëntenorganisaties en behandelaars, maar liep vast bij de verzekeraars.

De tweede pilot eindigde toen de fabrikant van het geneesmiddel toch niet in staat bleek om de therapie aan te bieden binnen de afgesproken voorwaarden.

De derde pilot voor een gentherapie vertraagde omdat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gematigd enthousiast was. Uiteindelijk werd de therapie overgenomen door een groot farmaceutisch bedrijf, terwijl dat precies

is wat mT wil vermijden.

Een bewezen businesscase voor het vergoeden van early access onder bepaalde voorwaarden is er dus (nog) niet in Nederland (wel in Frankrijk, waar het sinds 1994 wordt toegepast). Maar De Gooijer geeft niet op. mT is wereldwijd actief als platform voor informatie over en toegang tot geneesmiddelen in ontwikkeling en ondersteunt elk jaar duizenden patiënten en artsen. 'We willen naast zoveel mogelijk patiënten helpen ook het geneesmiddelenontwikkelingsmodel verbeteren. Daarvoor is meer samenwerking tussen de partijen nodig, waar we aan zullen blijven werken.'



DIT ZEGT DE JURY

myTomorrows draagt veel bij aan de kwaliteit van leven van mensen die uitbehandeld zijn. Omdat ze meedoen aan onderzoek kunnen ze daarmee zelfs iets voor een ander betekenen. Het initiatief laat zien hoe een mooi en eenvoudig principe in de praktijk vastloopt. Sommige ingesloten mechanismen en belangen om te komen tot snelle of juist selectieve toelating staan hier in de weg om van dromen naar daden te komen.

RESULTAAT

LESSEN



De canyon
Ingesloten patronen

Bestaande vergoedingssystematieken zijn ingesloten patronen die moeilijk te veranderen zijn. Daarom is het voor mT moeilijk om tot een businesscase te komen.



De duiker van Acapulco
Timing

'mT liep te ver vooruit op de troepen. We zijn te ongeduldig geweest omdat het gaat om echte patiënten die *nu* hulp nodig hebben,' zegt De Gooijer. Hij verwacht dat steeds meer partijen de potentie van early access in gaan zien en dat er op termijn wel een bewezen businesscase komt in Nederland, zeker gezien de ervaringen met het ontwikkelen van coronavaccins.



De gloeilamp
Het experiment

mT wilde door middel van pilots een nieuwe bekostigingssystematiek ontwikkelen. Maar in sommige gevallen bleek er te weinig ruimte om te experimenteren. 'Als alles in een "vakje" moet passen, wordt iets nieuws proberen in een omgeving van polderen best lastig.'



De rechter hersenhelft
Niet alle beslissingen komen op rationele gronden tot stand

Omdat early access gaat over nieuwe behandelmethoden die nog niet zijn geregistreerd, krijgt mT regelmatig te maken met onwetendheid en terughoudendheid van bedrijven en artsen. Informatievoorziening is daarom een belangrijk speerpunt van mT.

VERNIEUWING & ONZEKERHEID

TIJD & PLAATS

VERNIEUWING & ONZEKERHEID

POLITIEK & BELANG



VIRAL SCORE

Visie 9

Inzet 8

Risico 5

Aanpak 7

Leren 8

SCORE 7,2

mT heeft een sterk ontwikkelde visie op het in gebruik nemen en testen van niet-geregistreerde behandelingen, waarbij ook inspiratie wordt gehaald uit het buitenland.

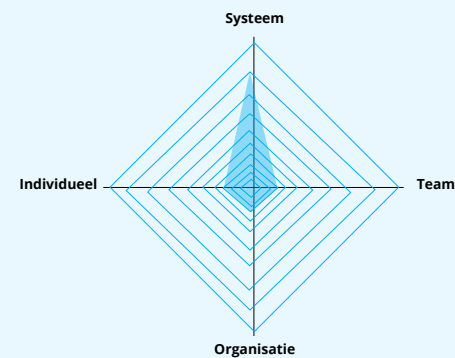
mT heeft een zeer professionele organisatie opgezet die wereldwijd opereert en op technisch vlak state of the art is.

De pilots bleken voor steeds een andere partij moeilijk door te zetten. Dat roept de vraag op hoe bereid ze zijn om een bijdrage te leveren aan systeemaanpassingen en of hun belangen goed gewogen zijn.

Het is lovenswaardig om middels experimenten verschillende bekostigingssystematieken te onderzoeken.

mT geeft na de pilots niet op en heeft zich onder meer aangesloten bij de PHC (Personalised Health Care) Catalyst. Samen met andere stakeholders blijft mT zich inzetten om systeemveranderingen te bewerkstelligen, met de lessen uit de pilots in het achterhoofd.

LEERPROFIEL



Op welk niveau valt er het meest te leren? Waar ligt de grootste kans om faalopbrengsten te verzilveren?

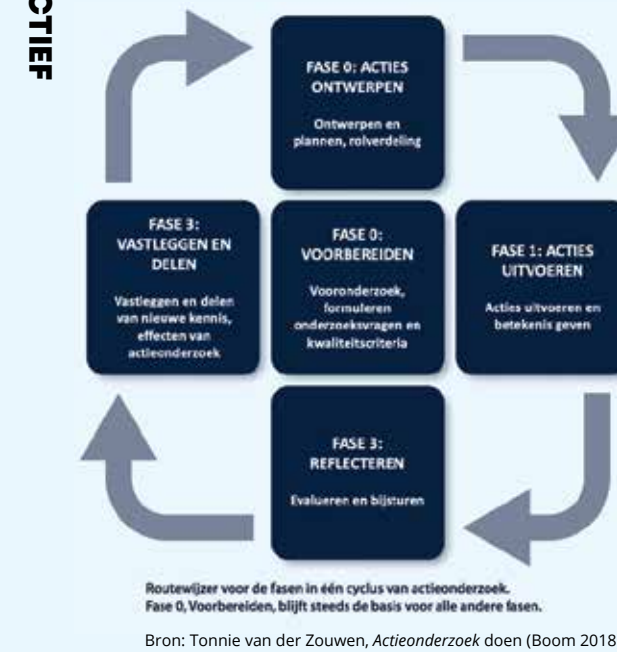
De casus van mT laat zien dat er op systeemniveau veel moet veranderen om early access (in Nederland) ten volle mogelijk te maken. Zo is regelgeving slecht berekend op early access: behandelingen die middels early access worden aangeboden moeten volgens de wet gratis zijn, wat zeker voor kleine fabrikanten een grote barrière kan vormen. De regelgeving is bovendien niet goed internationaal afgestemd, waardoor sommige medicijnen in het buitenland wel beschikbaar zijn, maar in Nederland niet – tot grote frustratie van patiëntenverenigingen. Bij het experimenteren met een nieuw bekostigingsmodel liep mT ook op het niveau van de overheid tegen systeemproblemen op: omdat early access met (real-world) dataverzameling tussen zorg en onderzoek in valt, is het zeer omslachtig om het via de overheid te bekostigen. Deze barrières zorgen er onder meer voor dat het draagvlak voor early access onder artsen nog beperkt is.

Op het niveau van de organisatie, het team en het individu heeft mT de zaken goed op orde. mT is een geavanceerde organisatie, waar een grote expertise op het vlak van kunstmatige intelligentie praktisch ingezet wordt om op basis van informatie artsen en patiënten te koppelen aan geneesmiddelen in ontwikkeling. De organisatie is wereldwijd actief.

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE?

Timing is als succesfactor vaak moeilijk te beïnvloeden en het begrip is moeilijk te concretiseren, laat staan sturen. Een aspect dat veel invloed heeft op timing is regulering. Het is dan ook de vraag hoe je als innovator regelgeving kunt beïnvloeden of er een goede risico-inschatting van kunt maken. Een **actieonderzoek-aanpak** kan uitkomst bieden.

Actieonderzoek is een aanpak voor praktijkgericht onderzoek waarbij je actie en onderzoek combineert. Het doel is om nieuwe kennis te ontwikkelen en tegelijk de praktijk te verbeteren. Daarvoor doe je onderzoek in en met die praktijk, in plaats van voor of over de praktijk.



Download het werkblad **actieonderzoek** via de QR-code.



DE WERKGROEP EARLY ACCESS

De toegang en betaalbaarheid van nieuwe geneesmiddelen staat onder druk. Early access kan een bijdrage leveren door het geneesmiddelenontwikkelingsproces te verbeteren met behulp van dataverzameling en prijsafspraken. De aanpak van COVID-19 heeft aangetoond dat early access een belangrijke rol speelt en alle partijen doen er goed aan om ontwikkelingen zoals mT positief te beoordelen als voorlopers van een verbeterd systeem van geneesmiddelenontwikkeling.

Het Instituut voor Briljante Mislukkingen zet zich in voor een Tweede Kans voor early access in een samenwerking met PHC (Personal Health Care) Catalyst. PHC Catalyst heeft een werkgroep early access opgezet, waarin naast myTomorrows ook andere stakeholders zitting nemen. Het doel van de werkgroep is om early access in Nederland te verbeteren zodat meer 'uitbehandelde' patiënten toegang hebben tot waarde- en datagedreven gepersonaliseerde zorg.

Op dit moment werkt de groep, met onder meer artsen en patiëntenvertegenwoordigers, aan een *position paper* waarin de systeembarrières voor early access worden geanalyseerd. De groep ziet mogelijke oplossingsrichtingen in bijvoorbeeld het ontwikkelen van een richtlijn over early access voor artsen en in een innovatief bekostigingsmodel. Uiteindelijk wil de groep, samen met belangrijke stakeholders zoals verzekeraars en artsen, om tafel met de autoriteiten die de macht hebben om systeemveranderingen tot stand te brengen, zoals het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Zorginstituut Nederland.



‘Van de wedstrijden die je verliest, leer je het meest’

Interview met snowboarder Bibian Mentel

BIBIAN MENTEL

is snowboarder. Ze werd zeven keer wereldkampioen en won drie keer goud op Paralympische Spelen. In 1999 werd bij haar botkanker geconstateerd, waardoor twee jaar later haar been moest worden geamputeerd. In maart 2021, nadat we dit gesprek hadden gevoerd, vertelden artsen Bibian dat ze haar niet meer kunnen genezen.

Met de Mentelity Foundation wil Bibian Mentel kinderen en jongvolwassenen met een beperking motiveren om in beweging komen. In 2020 verscheen de documentaire LEEF over haar leven en haar voortdurende strijd tegen kanker.

Zevenvoudig wereldkampioen en drievoudig Paralympisch kampioen snowboarden Bibian Mentel laat zich door niets en niemand tegenhouden. Ze kreeg veertien keer de diagnose kanker en belandde door een medische fout in een rolstoel, maar ze geeft niet op. We spraken haar over winnen en verliezen, innoveren in de zorg en haar motivatie om door te blijven gaan.

Je staat erom bekend dat je altijd positief blijft. Hoe houd je dat vol?

Ik kijk naar de mooie dingen in het leven en probeer van iedere dag een feestje te maken. Dat kan heel klein zijn; als ik de gordijnen opendoen en zie dat het zonnetje schijnt en er een eekhoortje voorbij huppelt, word ik daar heel erg blij van. Of als ik wakker word naast mijn man met zijn mooie groene ogen. Het klinkt allemaal heel cliché, maar die kleine dingen apprecieer ik heel erg.

Als kankerpatiënt heb je veel ziekenhuizen van binnen gezien. Wat is je opgevallen aan de communicatie in de zorg?

Ik heb gemerkt dat er heel weinig communicatie is tussen verschillende ziekenhuizen. In 2016 vertelden ze me in Leiden dat ze niks meer voor me konden betekenen. Terwijl er in het VU medisch centrum een apparaat stond dat mij nog een kans bood. Ik vond het heel vreemd dat ze daar in Leiden, 40 kilometer verderop, niet van op de hoogte waren. Toen ik besloot om naar de VU te gaan, moesten we naar het LUMC (Leiden University Medical Center) rijden om mijn medisch

dossier op te halen. We kregen een grote stapel papieren en twee cd-rommetjes mee. In deze tijd, waarin je met één druk op de knop mailtjes kunt versturen, zou je toch denken dat het anders kan, en veiliger? Volgens mij moet kennis veel beter gedeeld worden, juist in de zorg.

Je bent ambassadeur van de Personalised Health Care Catalyst Alliance. Wat is het belang van gepersonaliseerde zorg?

Ieder lijf is zijn eigen fabriekje en wat voor de één werkt, hoeft niet voor de ander te werken. Daarom is heel belangrijk dat iedereen een passende behandeling krijgt. Artsen moeten hun patiënten beter leren lezen en meer luisteren naar wat ze écht willen. Niet iedereen wil maar blijven bestrijden en tot het gaatje gaan.

Wat heb je als sportvrouw geleerd van je overwinningen én van je verliezen?

In de sport is het heel belangrijk dat je leert door vallen en opstaan. Je moet het gewoon proberen. Van verliezen leer je veel meer dan van winnen: je kunt leren van wat er misging en trainen op hoe

‘Artsen moeten hun patiënten beter leren lezen en meer luisteren naar wat ze écht willen’

het wel moet. Ik denk nog vaak terug aan die keer dat ik verloor door een stomme fout. Daar kan ik nog steeds narrig van worden. Op dat moment besloot ik dat het me nooit meer zou overkomen. Ik heb er veel van geleerd.

De Mentelity Foundation, die kinderen en jongvolwassenen met een beperking motiveert om te sporten, ontwikkelt een eigen voetprothese. Waarom is dat nodig?

Op dit moment worden er nog te veel slechte protheses gemaakt, waardoor met name kinderen een achterstand oplopen. Terwijl dat niet nodig is: ik heb 19 jaar met een prothese rondgelopen en ben niets tegengekomen dat ik niet kon. Vaak krijgen mensen een eenvoudige en goedkope prothese, die je met een paar AllStars kunt vergelijken: je kunt er prima op lopen, maar hardlopen of skiën gaat niet en onder een jurk staan ze ook niet zo mooi. Met de stichting hebben we de Jump ontwikkeld, een koppelstuk waarmee prothesegebruikers van voet kunnen wisselen. Er zijn al van dit soort koppelstukken op de markt, maar die zijn heel duur. Wij produceren ze voor een tiende van de prijs (we hoeven als stichting geen winst te maken) en hebben geen patent aangevraagd. Want als iemand dit wil maken, heel graag!

Hoe ga je om met de coronacrisis?

De eerste lockdown vroeg om creatieve oplossingen, wat heel leuk was. De snowboardlessen die ik gaf aan kinderen met een beperking konden niet doorgaan, maar ik vond een balance board in mijn schuur, waar je hele leuke evenwichtsoefeningen mee kunt doen. Na een telefoontje met de leverancier konden we tegen inkooprijds boards kopen voor de kinderen. Zo konden ze via Zoom toch hun skills trainen.

Op het vlak van gezondheid is het natuurlijk zwaar. Veel kinderen binnen de stichting zijn kwetsbaar en moeten oppassen dat ze geen corona krijgen. Ikzelf ook, want ik heb nog steeds uitzaaiingen in mijn longen. We doen thuis voorzichtig, maar ik werd er heel verdrietig van dat ik mijn zoon niet kon knuffelen. Mijn man zei toen: stel dat de dokters gelijk hebben dat dit je laatste kerst zal zijn, wil je dan echt je laatste maanden doorbrengen zonder je kinderen te knuffelen? Toen hebben we de coronaknuffel geïntroduceerd: mijn zoon ligt met zijn koppie op mijn schoot, met zijn gezicht van mij af. Zo kan ik toch lekker door zijn haar woelen.

Zonder stigma de deur door

E-HEALTH, VERZORGINGSTEHUIZEN, PRIVACY

Bewoners van verzorgingstehuizen mogen dankzij de opendeurvisie vrij rondlopen, tenzij daarbij de veiligheid van henzelf of anderen in het geding komt. Dat betekent dat ze niet overal zomaar mogen komen. Theo Breuers ontwikkelde een systeem gebaseerd op gezichtsherkenning dat waarschuwt wanneer een bewoner bepaalde ruimtes betreedt of verlaat. Het project leek Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)-proof, maar strandde toch op de privacywetgeving.

‘Hoe mooi zou het zijn als bewoners niet meer worden gestigmatiseerd door een polsbandje?’

OPEN DEUREN IN HET VERZORGINGSTEHUIS

INTENTIE

Sinds 2019 hanteert Sevagram, een zorginstelling met verschillende verzorgingstehuizen in Limburg, het ‘vrijheid, tenzij’-principe. Bewoners mogen binnen en rondom de locatie vrij bewegen, mits hun eigen veiligheid en die van anderen kan worden gewaarborgd. Bewoners dragen een polszender die een melding naar de zorgprofessional stuurt wanneer ze een verkeerde deur doorlopen.

‘Hoe mooi zou het zijn als bewoners niet meer worden gestigmatiseerd door een polszender?’, vroeg Sevagram zich af. De zorginstelling zocht contact met softwareontwikkelaar Theo Breuers, die ervaring heeft met gezichtsherkenningssystemen in onder meer voetbalstadions. Hij ziet mogelijkheden voor verzorgingstehuizen.

Breuers' systeem geeft een waarschuwing af aan verplegend personeel wanneer een bewoner een bepaalde ruimte betreedt of verlaat. Het systeem slaat van geregistreerde personen (met toestemming) een aantal gezichtskenmerken ('vectoren') op. Wanneer de camera iemand waarneemt, vergelijkt het systeem de kenmerken van die persoon met de geregistreerde kenmerken. Vervolgens wordt bepaald welke rechten de persoon met die kenmerken heeft, zonder dat het systeem weet wie de persoon is. Uit de kenmerken valt geen gezicht te reconstrueren en er worden geen foto's opgeslagen. *Privacy by design*, zou je zeggen.





AANPAK

EEN SYSTEEM OP BASIS VAN GEZICHTSHERKENNING, GETOETST AAN DE AVG

In samenwerking met Sevagram ging Theo Breuers meteen aan de slag met het ontwikkelen van het systeem. Hij zocht contact met partners die onder meer open- en sluittechnieken ontwikkelen omdat zijn bedrijf Compo die zelf niet in bezit heeft. Aangezien veel systemen van verzorgingstehuizen niet AVG-proof zijn, zorgde Breuers ervoor dat zijn systeem op zichzelf kon functioneren.

Vanaf het begin wist Breuers dat de privacywetgeving barrières op zou kunnen werpen. Je mag immers niet zomaar gegevens opslaan van toevallige passanten. Mensen moeten daarbij actief toestemming kunnen geven voordat ze in beeld worden gebracht, en akkoord kunnen gaan met het gebruik van hun gegevens. Daarom liet

Breuers het systeem toetsen aan de AVG. 'Dat leek in orde. Een verzorgingstehuis is namelijk geen openbaar gebouw en iedereen die het gebouw ingaat, zou in theorie iets kunnen tekenen om toestemming te geven. Ook hingen we geen camera's op aan de buitenkant van het gebouw, waardoor je geen "bijvangst" hebt van toevallige passanten.'

RESULTAAT

GEBLOKKEERD DOOR EEN STRIKTE INTERPRETATIE VAN DE PRIVACYWETGEVING

Nog voordat een pilot kon worden gestart, kwam uit een tweede check bij externe partijen naar voren dat het systeem niet voldeed aan de privacywetgeving. Het mocht niet in gebruik worden genomen. 'De wet wordt verkeerd geïnterpreteerd wat betreft gezichtsherkenning,' vindt Theo Breuers. Volgens hem is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen beveiligings-systemen en gezichtsherkenning. Beveiligings-camera's registreren alles en iedereen wat voorbijkomt, terwijl Breuers' systeem geen zogenaamde bijvangst heeft.

Om dit probleem te omzeilen, zou Breuers een tweede systeem moeten bouwen voor iedereen die het verzorgingstehuis bezoekt, met uitzondering van de cliënten, op basis van bijvoorbeeld

barcodes of leefcirkels. 'We hebben besloten dit niet te doen omdat we dan toch weer stigmatiserend werken. Daarmee zouden we terug bij af zijn.'

'Dit probleem gaat straks ook op andere plekken optreden waar gezichtsherkenning wordt toegepast,' vermoedt Breuers. Het lijkt erop dat er bij de vertaling van de AVG in wet- en regelgeving geen rekening is gehouden met toekomstige ontwikkelingen. In dit geval maken nieuwe ontwikkelingen het mogelijk om mensen waar te nemen, zonder hun privacy te schenden.



DIT ZEGT DE JURY

Een inspirerend voorbeeld van zorgtechnologie waarbij menswaardigheid en vrijheid centraal staan. Deze casus illustreert het soort uitdagingen dat we nog veel meer gaan tegenkomen als we privacywetgeving die gebaseerd is op regels en niet op principes combineren met nieuwe technologische mogelijkheden. Zo kan een innovatie die er elegant en overzichtelijk uitziet midscheeps worden geraakt.

CASUS | 5

LESSEN



De duiker van Acapulco

Timing

Wat is het juiste moment om iets te doen? Gezichtsherkenning is een technologie die zich razendsnel ontwikkelt en Breuers' bedrijf Compo Software loopt voorop met innoveren. De huidige strikte interpretatie van de privacywet biedt nauwelijks ruimte voor innovatieve toepassingen, maar het is goed mogelijk dat de wet op termijn ruimer zal worden geïnterpreteerd.



De brug van Honduras

Problemen verplaatsen zich

Breuers lost met gezichtsherkenning het probleem van stigmatiserende armbandjes en alarmen op, maar kreeg te maken met een ander probleem: privacy.



De canyon

Ingesleten patronen

De interpretatie van de privacywetgeving (GDPR of AVG) is weinig flexibel. Men is gewend om de wet op een bepaalde manier te interpreteren, gebaseerd op de mogelijkheden van dat moment, waardoor weinig ruimte is voor innovaties. Daarnaast zie je veel risicomijdend gedrag, dat ervoor zorgt dat men geneigd is eerder iets af te keuren dan toe te staan.



De olifant

Het totaal is meer dan de som der delen

Technologisch is het project een succes en het concept is tegen relatief lage kosten te implementeren. Maar ook vanuit andere perspectieven is er een meerwaarde, onder meer vanuit juridische kant. Voor je het weet dreigt de bekende formule op te spelen: NT+OO=DOO: Nieuwe Technologie in een Oude Organisatie resulteert in een Dure Oude Organisatie.

TIJD & PLAATS

AANPASSINGSVERMOGEN

VERNIEUWING & ONZEKERHEID

MIDDELEN

Visie	9
Inzet	8
Risico	7
Aanpak	7
Leren	9
SCORE	7,9

Het is lovenswaardig om kwetsbare mensen te helpen hun waardigheid te behouden. Nieuwe technologie kan daarbij een rol spelen en de visie op privacy van Compo Soft hierbij is positief.

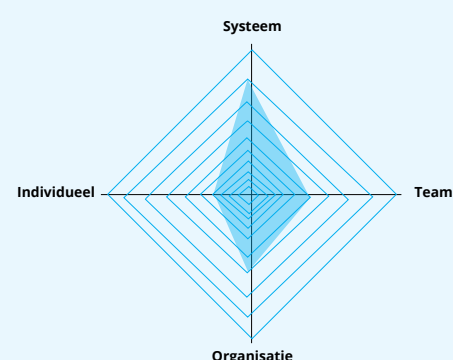
Er is door Compo en Sevagram veel (ontwikkel)tijd en moeite gestopt in het ontwikkelen van het concept. Het functioneert optimaal om het doel, namelijk cliënten de best mogelijk ervaring bieden, te realiseren. Bovendien is ouderenzorgorganisatie Sevagram erg gemotiveerd om deze service voor de cliënten in te voeren.

Er is beperkt risico: het systeem zou kunnen falen, maar het is ook mogelijk dat zaken over het hoofd zijn gezien. Met name op het gebied van privacy, zoals later ook gebleken is. Ook moet nog duidelijk worden hoe verschillende betrokkenen (cliënten, familie, medewerkers) gaan reageren.

De technologie is goed uitontwikkeld, onder meer op basis van unieke algoritmes, die de Universiteit Twente mede ontwikkelde. De pilot is in goed overleg met Sevagram vormgegeven en belangrijke stakeholders zijn zorgvuldig betrokken. Wel missen we de eindgebruiker en ook kunnen we stellen dat de compliancefunctie eerder in beeld had kunnen komen.

Dit project legt een aantal zaken bloot waar structureel naar gekeken moet worden. Met name het onderscheid tussen *Compliance with the Rules*, versus *Compliance with the Principles* is belangrijk. Maar ook kan men leren over de acceptatie van nieuwe technologieën, in het bijzonder gezichtsherkenning. Dit is onderdeel van een terugkerend leerpunt, namelijk het inschatten van het absorptievermogen van een organisatie, waarbij timing ook een rol speelt.

LEERPROFIEL



**Op welk niveau valt er het meest te leren?
Waar ligt de grootste kans om
faalopbrengsten te verzilveren?**

Het systeemperspectief speelt een belangrijke rol, waarbij de uitdagingen rond de privacywetgeving een illustratie zijn van regelgeving die soms geen recht doet aan de intenties van de wetgever.

Op organisatieniveau kan geleerd worden dat het belangrijk is om alle betrokkenen mee te nemen, waaronder ook de compliance-afdeling.

Op teamniveau wordt duidelijk dat je bij de ontwikkeling en implementatie van het project ook rekening moet houden met obstakels die op je pad kunnen komen. Vaak sneuvelt een project in de 'Last Mile'. Probeer obstakels aan te zien komen en te adresseren voordat je er moeilijk op kunt reageren.

Op individueel niveau is er sprake van een grote maatschappelijke betrokkenheid en veel technische kennis. Dat is goed, maar sta ook open voor je eigen Canyon en betrek zo snel mogelijk ook andere experts bij je project. Wees je ook bewust van het juiste moment.

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE?

HANDELI Innoveren betekent vaak dat je op de troepen vooruitloopt. Om erachter te komen hoe ver je precies voor- of achterloopt, en om een duiker van Acapulco te voorkomen, kun je een *organisational readiness*-onderzoek uitvoeren. Denk daarbij onder andere aan het gezamenlijk beantwoorden van de volgende vragen om de organisatorische gereedheid te toetsen:

- 1 Begrijpen de betrokken partijen de visie en behoefte aan verandering?
- 2 Is dit het juiste moment of gaat het project concurreren met andere grote veranderingen die worden doorgevoerd?
- 3 Zullen leiders de verandering en de inspanning ondersteunen die nodig zijn om de oplossing te implementeren en te ondersteunen?
- 4 Is de organisatie bereid om voldoende personeel te voorzien van de nodige vaardigheden om de verandering te ondersteunen?
- 5 Welke impact zal de oplossing hebben op rollen en verantwoordelijkheden en kennen en begrijpen de betrokken medewerkers deze impact?

Wil je aan de slag met **organisational readiness**? Download de volledige checklist via deze QR-code



STAKEHOLDERS EN ACTIEONDERZOEK

TWEDE KANS Het doel om door middel van nieuwe, innovatieve technologie mensen meer vrijheden te bieden, rechtvaardigt natuurlijk verdere actie. Daarnaast lijkt het probleem oplosbaar als de autoriteiten, in het bijzonder de Autoriteit Persoonsgegevens, bereid zijn om de regels ruimer te interpreteren of in elk geval experiment toe te laten. Een Tweede Kansen-traject heeft daarom zeker perspectief. Dat zou kunnen bestaan uit een stakeholdersbijeenkomst om de barrières en oplossingsrichtingen te verkennen. Ook een Actieonderzoek biedt kansen. Hierin worden actie en onderzoek gecombineerd om nieuwe kennis te ontwikkelen en tegelijk de praktijk verbeteren. In deze aanpak doe je onderzoek in en met die praktijk, in plaats van voor of over de praktijk.

De Last Mile

Van Proof of Concept naar Proof of Business

Innovatie is een proces waarbij ideeën worden omgezet in nieuwe vormen van waardecreatie. Een belangrijk probleem van innovatie in het algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder, betreft de laatste fase, waarin sprake is van onder meer *scale up*, implementatie, uitrollen en commercialisatie. Aan goede ideeën en intenties is geen gebrek en vaak kunnen initiatieven de eerste stappen wel zetten, waar het gaat om de uitwerking van het idee en het testen van het concept. We zien heel veel experimenten, testen, prototypes, pilots – we spreken wel eens van pilotiek in plaats van politiek – en vaak zijn de resultaten positief. Dat is niet zo verwonderlijk, want pilots worden meestal onder gunstige omstandigheden uitgevoerd: er is budget, (scharrel)ruimte, een ambassadeur en er zijn enthousiaste mensen, vaak de bedenkers, die graag hun tijd en energie in het project stoppen. Tenslotte heb je *early adopters*, zoals klanten die positief staan tegenover de nieuwe uitkomsten.

Dit zijn allemaal noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarden voor succes op grotere schaal en/of langere termijn. We zeggen wel eens: een *Proof of Concept* is nog geen *Proof of Business*. Om te kunnen spreken van echte waardecreatie op schaal, is een ontvankelijke omgeving nodig waarin vaak meer geld, meer afnemers en de wil om te veranderen op grotere schaal aanwezig zijn. Bij de analyse van (Briljante) Mislukkingen zijn we gestuit op veel projecten die in de laatste stap grote vertraging opliepen of helemaal stopten. De implementatie van de resultaten bleek niet financieerbaar, leverde weerstand op bij stakeholders, vergde een te grote organisatorische verandering, liep vast op complexe wet- en regelgeving of werd om politieke redenen bemoeilijkt. Frustrerend natuurlijk, want er was al veel tijd, moeite en soms ook geld in gestoken.

In de verhalen herkennen we ook onze archetypes, in het bijzonder De huid van de beer (te

vroeg denken dat het succes binnen is), De canyon (moeite met veranderen), De verkeerde portemonnee (een partij in het systeem ondervindt een nadeel van de innovatie), Het Einstein-punt (op grotere schaal blijkt de situatie toch complexer dan gedacht, bijvoorbeeld door wet- en regelgeving) en ga zo maar door. Uiteindelijk resulteert het vaak in de Generaal zonder leger, ofwel de middelen zijn op en het project kan niet meer verder of het blijft beperkt binnen de omgeving waarin het is gestart.

Het interessante is dat je veel van deze hindernissen aan het eind van het innovatietraject vaak van tevoren al kunt zien aankomen. Dit zijn de Last Mile-uitdagingen. Volgens Wikipedia kan de uitdrukking Last Mile onder meer verwijzen naar:

- vakterm bij telecommunicatie die gebruikt wordt om het laatste stuk van een verbinding naar een eindpunt (klant) aan te geven;
- vakterm bij transport die gebruikt wordt om het laatste stuk van het transport naar de klant aan te geven.

In ons geval betreft het dus het laatste deel van het innovatieproces om de waarde uiteindelijk ook gerealiseerd te krijgen. Door vooruit te kijken en te analyseren welke faalpatronen in jouw innovatietraject zouden kunnen optreden (wat ook wel wordt aangeduid met Vooruit Falen of pre-mortem, zie ook pagina 66), kun je als het ware de Last Mile naar voren halen en de bijbehorende uitdagingen in kaart brengen en adresseren.

De methodiek van het Instituut voor Briljante Mislukkingen, waarbij faalpatronen worden geformuleerd in termen van archetypes, is goed bruikbaar om het instrument Forward Failing toe te passen en daarmee te anticiperen op de Last Mile (met excuses voor de anglicismen). Het is niet verstandig om lastige zaken te lang voor je uit te

schuiven en te hopen dat ze vanzelf verdwijnen. Dit is nu net het verschil tussen de 'harde' en de 'hardnekkige zaken'. Een goed voorbeeld hiervan is de eerdergenoemde wet- en regelgeving. In de gezondheidszorg, maar niet alleen daar, zien we bijvoorbeeld veel gedoe rond de privacywetgeving (AVG) of vergoedingen. Het kan een idee zijn om toezichthouders en regelgevers in een vroeg stadium te betrekken of te consulteren. Daarmee kun je zorgen dat het concept voldoet aan de eisen of je kunt al snel concluderen dat de innovatie wellicht helemaal niet mogelijk is op basis van de bestaande regels. En wellicht zit er wendbaarheid in de aanpak en kun je het over een ander boeg gooien.

Kortom: maak van de Last Mile de First Mile en voorkom een hoop frustratie door vooraf te leren en vermijd het archetype De junk, waarbij iemand te lang doorgaat met een project terwijl al lang bekend is dat het op deze wijze nooit iets kan worden.

‘Begin klein, dan maak je de grootste impact’

Interview met innovatieconsultant Bert Otter

BERT OTTER

is innovatieconsultant bij Novel-T, een stichting die door middel van innovatie bij wil dragen aan een betere en duurzame samenleving. Novel-T is opgericht door de Universiteit Twente, Hogeschool Saxion, Provincie Overijssel en de Twentse gemeenten.

Otter is expert op het gebied van data en digitalisering en is al 20 jaar reumapatiënt. ‘Toen ik op de operatietafel lag, sprak ik met de chirurg over de verzuiling van informatie binnen ziekenhuizen. Die data kun je met visualisaties heel mooi inzichtelijk maken. Alles met de patiënt als centraal punt.’

Als reumapatiënt ken je de zorg van binnenuit.

Wat is je als data- en innovatie-expert opgevallen?

Ik merkte dat privacy een enorme barrière vormt om dingen te veranderen, vooral op het vlak van data en technologie. Artsen nemen hele ordners mee van het ene naar het andere ziekenhuis, dat moet toch anders kunnen. Ook binnen het ziekenhuis is informatie verzuild en is de uitwisseling van gegevens beperkt vanwege privacy. Toen ik herstellende was van mijn operatie zag ik bijvoorbeeld een pijnstillertje op het nachtkastje liggen die ik niet kende. Het bleek dat ik dit medicijn helemaal niet mocht hebben, maar de verpleegkundige was daar niet van op de hoogte.

Het probleem is ook dat de data die verzameld worden heel kwantitatief zijn, bijvoorbeeld het sterftecijfer, het aantal gedeclareerde dbc's en bedbezetting. Het gaat niet over service, of over de patiënt als centraal persoon waar de zorg om draait. De orthopeed die mij behandelde vertelde me dat hij behoefte had aan heel andere informatie, bijvoorbeeld: ‘Hoeveel mensen heb ik het afgelopen jaar geholpen met een knieoperatie? En wat is het verband met bijvoorbeeld leeftijd?’ Het

was heel ingewikkeld en het duurde veel te lang om dit soort informatie op te vragen, daar is een hele andere afdeling voor. De vraag achter de vraag is daardoor voor een behandelend arts vaak niet snel voorhanden.

Over het gebrek aan goede data-uitwisseling heb ik na mijn operatie nog lang doorgepraat met mijn behandelaar. Ik ben natuurlijk geen orthopeed, maar ik zie wel mogelijkheden om verschillende datapunten beter te verbinden, zodat de specialisten hun werk beter kunnen doen. Helaas strandde ons initiatief om dit te implementeren al snel bij het ziekenhuis vanwege privacy. Men wilde geen risico nemen.

Hoe kun je innoveren in een complex systeem als de zorg?

Een groot probleem in de zorg, en in andere sectoren, is dat mensen erg gericht zijn op hun eigen taak en vastzitten in bestaande patronen. ‘Zo hebben we het altijd gedaan.’ Als je wilt innoveren moet je loskomen uit je *river of thinking*, je moet fundamenteel anders denken. Innovatie-expert en voormalig medewerker bij Disney

‘Je kunt tien keer op je bek gaan, maar als je de elfde keer weer opstaat, dan doe je het nog steeds goed’

Duncan Wardle legt dat heel mooi uit. Begin met een *what if*-vraag, zegt hij (in het geval van Spotify bijvoorbeeld: Wat als ik mijn collectie muziek niet zelf in bezit zou hoeven hebben?). Kijk vervolgens welke regels er in de weg staan. Probeer je dan een wereld voor te stellen waarin die regels en beperkingen niet bestaan. *Imagine that...* Dan kom je verder dan de ‘ja maar’ die je zo vaak te horen krijgt als je wilt innoveren.

Dat betekent niet dat alles in één keer anders moet. Denken in grote stappen is verrekte moeilijk. Zorg dat je klein begint, dan kun je grote impact maken. *Eat the elephant in pieces.*

Hoe kun je garanderen dat innovaties in de praktijk van de zorg goed werken?

Het is heel belangrijk om feedback te krijgen vanaf de werkvloer. Een mooi voorbeeld is een beurs die onlangs werd gehouden in Twente voor technologie in de zorg. Het leuke was dat er niet alleen innovatiemanagers van het ziekenhuis kwamen, maar ook mensen die zich tussen de middag even losmaakten van de werkvloer en op de beurs kwamen kijken wat er allemaal mogelijk is. De volgende stap zouden proeftuintjes kunnen zijn, bijvoorbeeld op het gebied van data-uitwisseling.

Je helpt mkb'ers met het implementeren van hun innovaties. Welke problemen komen zij vaak tegen en wat raad je ze aan?

Marketeer Jos Burgers zegt altijd: Er zijn veel bedrijven die boren maken, terwijl de klant geen boor, maar gaten nodig heeft. Oftewel, je moet meer kijken naar de behoefte van je klant, dan naar je eigen product. Mkb'ers raad ik aan om verder te kijken en in mogelijkheden te denken, in plaats van in beperkingen. Zeker deze tijd met veel beperkingen is een mooi en misschien wel noodzakelijk moment om kleine maar fundamen-

tele veranderingen door te voeren.

Ondernemers kloppen ook vaak bij ons aan omdat ze op zoek zijn naar funding. Maar ik ben ervan overtuigd dat veel zaken niet om geld gaan, maar om contact. Je beste contact is geen geldschiet, maar een klant of *launching customer* die gelooft in jouw plan en er ook geld voor over heeft.

Juist bij start-ups gaat er nogal eens wat mis. Leer je de studenten die je adviseert ook hoe om te gaan met mislukkingen?

Zeker. Ik kreeg van een hogeschool de vraag om een sessie te houden over succes. Dat is heel makkelijk, alles is leuk en hoera. Maar het idee dat ondernemers allemaal succesvol zijn klopt niet. Ik organiseerde daarom samen met enkele ondernemers het Failure Festival, waarin we juist onze fouten tegen het licht houden. In het begin waren ondernemers huiverig om mee te doen, omdat je een mislukking liever niet in de krant zet. We hebben het omgebogen naar iets positiefs: hoe leren we van elkaars fouten? Je kunt tien keer op je bek gaan, maar als je de elfde keer weer opstaat, dan doe je het nog steeds goed.

Digitale zelfbeschikking op het Internet van Mensen

DATA, E-HEALTH, PRIVACY

Als je het internet gebruikt, zwerven er overal gegevens van je rond. Qiy Foundation wil daar verandering in brengen. Mensen zouden meer toegang moeten krijgen tot – en controle over – de gegevens die ze online genereren en die op hen betrekking hebben. Daarvoor ontwierp Qiy een wereldwijd afsprakenstelsel. Dat bleek een moeilijk haalbare *moonshot*, maar Qiy's idealen leven voort in verschillende toepassingen – in de zorg en daarbuiten.

'We hebben *the Internet of Everyone and Everything* nodig!'

MEER CONTROLE OVER JE EIGEN DATA

INTENTIE

Op dit moment kunnen aanbieders van onlinediensten en apps hun gebruikers volgen en profileren door middel van cookies en andere trackers. Daarmee wordt by design inbreuk gemaakt op de privacy van individuen. In tegenstelling tot apparaten, die onderdeel uitmaken van *the Internet of Things*, hebben mensen op het internet geen zelfstandige positie. 'Waarom bouwen we geen Internet van Mensen? We hebben *the Internet of Everyone and Everything* nodig!' aldus Marcel van Galen, de oprichter van Qiy.

voorwaarden en voor hoelang, toegang heeft tot welke gegevens. Om dit te bereiken wil de stichting samen met marktpartijen een 'anoniem herkenbaar' gebruikersprofiel ontwikkelen waarin mensen aangeven welke behoeften, voorkeuren en interesses zij op een bepaald moment hebben, zonder persoonsgegevens te delen.

Uiteindelijk kan op basis van het Qiy Scheme de markt een veilig en betrouwbaar digitaal ecosysteem creëren.

Qiy streeft naar digitale zelfbeschikking: individuen moeten, behoudens wettelijke uitzonderingen, zelf kunnen bepalen wie voor welk doel, onder welke





AANPAK

EEN AFSPRAKENSTELSEL EN AVG-PROOF APPS

Om het individu de regisseur te maken van zijn online data, moeten verschillende grote partijen met elkaar samenwerken. Daarom ontwierp Qiy in 2014 een zogenaamd afsprakenstelsel, het Qiy Scheme. Je kunt dit vergelijken met het gsm-netwerk: dat we elkaar overal ter wereld mobiel kunnen bereiken is te danken aan wereldwijde overeenkomsten tussen (concurrerende) fabrikanten, providers en wetgevers. Om aandacht te krijgen voor het Qiy Scheme, zocht oprichter Marcel van Galen contact met uiteenlopende stakeholders, van overheden tot internetpioniers en de Europese Commissie.

Toen het succes van het Qiy Scheme langer op zich liet wachten dan gedacht, zocht Qiy naar manieren om de waarde van het gedachtegoed in

de praktijk aan te tonen. Hieruit ontstond onder meer Dappre, een betrouwbare chat-app die evolueerde tot een kaarten-app waarin fysieke en digitale kaarten (zoals klantenkaarten en tegoedbonnen) de verbinding kunnen vormen tussen een anoniem individu en de uitgever van de kaart.

Dappre en Qiy werden vervolgens van elkaar gescheiden: Dappre werd een losse business met eigen investeerders, Qiy Foundation houdt zich als non-profitorganisatie bezig met het faciliteren van samenwerkingen tussen private en publieke partijen, het adviseren bij nieuwe toepassingen, het uitgeven van licenties voor gebruik van het Qiy Scheme en het bewaken van de Qiy Trust Principles. Zo doet iedereen waar hij goed in is.

GEEN WERELDWIJD STELSEL, WEL NIEUWE CONCEPTEN EN TOEPASSINGEN

Het is Qiy nog niet gelukt om tegen de gevestigde belangen op te boksen en het Qiy Scheme wereldwijd te implementeren. Grote online aanbieders verdienen immers geld aan het verzamelen van gegevens van gebruikers en het bewustzijn van het belang van privacy bij de overheid was laag. De overheid ontwikkelde geen overkoepelend beleid, waardoor een wildgroei ontstond aan afsprakenstelsels en apps voor het beheer van persoonsgegevens.

De afgelopen jaren is de situatie veranderd. De Nederlandse overheid neemt een regierol op zich en denkt na over een kaderregeling voor afsprakenstelsels en apps die gegevens uit overheidsbronnen verwerken. 'En nu de nieuwe wetgeving inzake gegevensbescherming actief is, zien we dat organi-

saties nieuwsgieriger zijn naar alternatieven,' zegt Ad van Loon, de huidige directeur van Qiy.

Qiy Foundation is zich de afgelopen tijd minder gaan richten op het Qiy Scheme, dat vooral een theoretisch model is, en meer op de praktische toepassingen. Een voorbeeld is de participatie van de Qiy Foundation in de totstandbrenging van MedMij, een standaard voor het uitwisselen van gegevens in persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO's). In MedMij komt het individu centraal te staan: de gebruiker krijgt een soort kluisje waarin gegevens verzameld en beheerd worden. Instanties die gegevens willen uitwisselen hebben een MedMij-label nodig, waarvoor ze eerst uitgebreid worden getoetst.



DIT ZEGT DE JURY

Qiy is een mooi initiatief op het gebied van data delen op verzoek en is zeker innovatief in de zorgwereld. Er is veel tijd gestoken in de voorbereiding en er is zeker een roep naar een Digitaal Ecosysteem. Dat het niet gelukt is, is vooral het gevolg van het feit dat Qiy een zo enorm (en belangrijk) probleem probeert op te lossen. Het ontwikkelen van een praktische toepassing als het MedMij-label is een slimme stap.

CASUS | 6

RESULTAAT

LESSEN



De duiker van Acapulco Timing

'Toen Qiy in 2011 aanklopte bij de Europese Commissie, kregen we te horen dat we waarschijnlijk twee jaar te vroeg waren,' zegt Ad van Loon. 'Toen we in 2015 Dappre lanceerden, waren de omstandigheden nog steeds niet ideaal. Nu zie je dat bedrijven steeds nieuwsgieriger zijn naar onze initiatieven vanwege de nieuwe wet- en regelgeving omtrent gegevensuitwisseling en cookies.'



De verkeerde portemonnee Het voordeel van de een is het nadeel van de ander

Veel gevestigde partijen hebben grote belangen bij het verzamelen van data van individuen, denk aan grote adverteerders en AdTech bedrijven. Deze partijen waren nodig om het Qiy Scheme te kunnen implementeren, maar ze waren huiverig dat het afsprakenstelsel hun verdienmodel zou ondermijnen.



De generaal zonder leger Wel het juiste idee, maar niet de middelen

Het is voor een kleine partij als Qiy moeilijk om een systeemverandering te bewerkstelligen. Zeker als er partijen met andere belangen actief zijn die diepere zakken hebben. Partijen die bij Qiy betrokken waren konden of wilden minder investeren dan noodzakelijk was om Qiy op grote schaal te promoten.



De Post-it De kracht van serendipiteit

Toen het succes van Qiy langer op zich liet wachten dan gedacht, is gekeken naar mogelijkheden om het gedachtegoed in de praktijk aan te tonen. Hieruit is Dappre (eerst als chat-app en later als kaarten-app) ontstaan.



VIRAL SCORE

Visie 9

De moonshot van Qiy om mensen meer controle te geven over de gegevens die ze online genereren en die op hen betrekking hebben is lovenswaardig.

Inzet 9

Qiy heeft een grote en idealistische inzet getoond om een wereldwijd afsprakenstelsel te realiseren.

Risico 6

Heeft Qiy de risico's goed ingeschat? Alhoewel men zich zeer bewust was van de gevestigde belangen, waren de kansen op tegenwerking van onder andere grote online aanbieders zeer hoog en de wil bij overheden om online privacy daadwerkelijk aan te pakken laag.

Aanpak 7

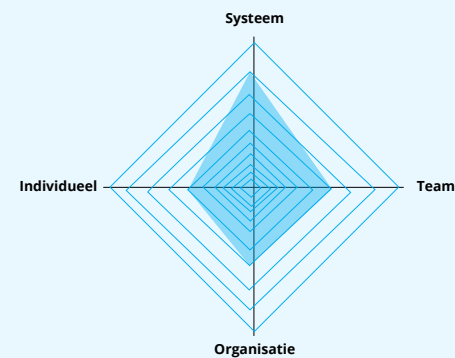
De aanpak is in de loop der tijd veel praktischer geworden door de verschuiving van een focus op het theoretische model naar de ontwikkeling van concrete toepassingen. Ook de duidelijke rol van de Qiy Foundation om samenwerkingen te faciliteren tussen private en publieke partijen geeft meer richting.

Leren 8

Een belangrijke les is toegepast: Qiy heeft uiteindelijk de governance aangepast en het commerciële initiatief Dappre losgekoppeld.

SCORE 7,8

LEERPROFIEL



Op welk niveau valt er het meest te leren? Waar ligt de grootste kans om faalopbrengsten te verzilveren?

Vooraf op systeemniveau waren er in deze casus veel belemmeringen en was er sprake van een hoge mate van complexiteit. Bestaande business- en organisatie modellen staan innovatie en systeemveranderingen in de weg. Bestuurstermijnen matchen niet met de tijd die nodig is om een dergelijke fundamentele en noodzakelijke verandering te realiseren.

Qiy heeft op organisatie- en teamniveau wendbaarheid laten zien: men is zich gaan richten op toepassingen en het ontwikkelen van een (non-profit)businessmodel op basis van advies en licenties.

WAT KUN JE DOEN IN EEN GELIJKSOORTIGE SITUATIE?

HANDELINGSPERSPECTIEF

Disruptie innovatie

Voor veel publieke en private spelers in de markt kwam Qiy te vroeg. Het is de vraag wat je kunt doen om te herkennen of je wel of niet op tijd bent, hoe je een goede risico-inschatting kunt maken en waar je invloed kunt uitoefenen als disruptieve speler. Dat zien we bijvoorbeeld ook in de casus van myTo-morrows, dat op de troepen vooruitloopt met early access tot behandelopties met geneesmiddelen in ontwikkeling (zie pagina 38). Disruptieve innovatie vraagt om een slim businessmodel en een grotere wendbaarheid, vaak verbonden met slimmer organiseren en managen.

Download het werkblad [disruptieve innovatie](#) via de QR-code



Gedragsverandering

Qiy heeft naar eigen zeggen veel gehad aan de opmerking die Frans van der Reep maakte. 'Er is veel angst en pijn nodig voordat mensen hun gedrag veranderen, terwijl mensen hun gedrag snel veranderen over de as van gemak en voordeel.'

Wil je zelf aan de slag met gedragsverandering over de as van gemak en voordeel? Het Fogg Behavior Model (FBM) laat zien dat om nieuw gedrag te laten slagen de factoren motivatie, mogelijkheden en de juiste 'triggers' van belang zijn.

- 1 Welke vaardigheden heeft de doelgroep?
- 2 Welke mogelijkheden hebben zij? Wat past in hun leven?
- 3 Welke triggers zijn er in de omgeving die hen kunnen helpen

Download het werkblad [gedragsverandering in kleine stappen](#) via de QR-code.



Archetype in actie

Ontsnappen aan vaste denkkaders en groeien door, en niet ondanks, je mislukkingen

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 een organisatie of samenleving.

Door corona zijn onze dagelijkse routines sterk veranderd: we schudden geen handen meer, werken nauwelijks nog op kantoor en ook de zorg heeft bestaande routines los moeten laten. Hoewel dat leidt tot ongemakkelijke en soms onwenselijke situaties, zorgt het er ook voor dat we meer openstaan om te veranderen. En dat is gunstig in een wereld die in beweging is. Bestaande protocollen zijn gebaseerd op inzichten uit het verleden (ze zijn *evidence-based*) en je mag verwachten dat ze geschikt zijn voor bestaande situaties, maar als de omstandigheden veranderen, heb je nieuwe inzichten nodig om optimaal te presteren. Bovendien is ook kennis aan verandering onderhevig: de halfwaardetijd van kennis is soms zo klein dat het gevaarlijk is om te vertrouwen op bestaande routines. Vergelijk het met een rivier die al miljoenen jaren door hetzelfde gebied stroomt. In al die tijd heeft deze misschien een prachtig ravijn (*canyon*) uitgesleten en een betoverend landschap gecreëerd, zoals de Grand Canyon. De wereld is voor die rivier echter wel beperkt geworden: wat zich buiten de canyon afspeelt is volledig aan de waarneming van de rivier en zijn bewoners onttrokken. Om te voorkomen dat je vast komt te zitten in een canyon, kun je verschillende dingen doen.

Pre-mortem-analyse

Ontsnappen aan vaste denkkaders

Om los te komen van foutgevoelige denkkaders kun je een zogenaamde pre-mortem-analyse uitvoeren. Normaal gesproken bespreken we na afloop van een project wat er misging en wat er beter had gekund. Een post-mortem-analyse eigenlijk. Het project is overleden, laten we kijken wat we ervan kunnen leren. Wat nu als we de nabespreking vóór het project doen, waarbij we ervan uitgaan dat het een gigantische mislukking was? Deze benadering biedt kansen om buiten je ingesleten patronen te treden, cruciale blinde vlekken in het vizier te krijgen en te voorkomen. Je kunt pre-mortem alleen doen of in teamverband. Deze aanpak is ontwikkeld door de Amerikaanse psychologen Daniel Kahneman en Gary Klein.

Zelf scenariodenken

Je kunt scenariodenken door bijvoorbeeld de twee belangrijkste externe onzekerheden te identificeren die veel invloed hebben op je bedrijfsvoering. Laten we zeggen, de snelheid waarmee een vaccin succesvol wordt uitgerold (langzaam of snel) en de ontwikkeling van de economie (matige recessie of stevige recessie). Door deze in een matrix te plaatsen creëer je vier mogelijke scenario's. De volgende stap is om de scenario's uit te werken: hoe ziet je organisatie eruit in elk van die vier werelden en hoe zorg je dat je wendbaar genoeg bent om op

de verschillende scenario's in te spelen? Uiteindelijk gaat het niet om de scenario's die je bedenkt, maar om de wendbaarheid die je creëert.

Vooruit Falen

Beter worden door, en niet ondanks, je mislukkingen

Als we om ons heen kijken zien we overal succesverhalen. Maar al die mensen zijn op hun pad talloze mislukkingen tegengekomen waarvan ze konden profiteren in een volgende fase van hun ontwikkeling. Dat is de crux van Vooruit Falen: beter worden door en niet ondanks je mislukkingen.

Als je vaak op dezelfde manier faalt, ontwikkel je jezelf niet. Daarom kun je beter leren van je fouten in plaats van ze te verdedigen of weg te moffelen. Door snel en vooruit te falen kan je een flinke boost geven aan je leervermogen. Dit gedachtegoed is gemunt door Cozi Namer, Client Program Manager bij Google. Cozi organiseerde ook workshops om jezelf te trainen in Vooruit Falen.

Ben je benieuwd of [scenariodenken](#) of [Vooruit Falen](#) je op weg kunnen helpen? Download de werkbladen. Scan de QR-code.



BRIMIS

Online omgeving voor het maximaliseren van leeropbrengsten

Waarom BriMis?

Veel kennis blijft onbenut. Dat heeft verschillende oorzaken, waarvan onbekendheid met wat er elders en/of in het verleden is gedaan en geleerd een van de belangrijkste is. Het Instituut voor Briljante Mislukkingen wil graag kennis zichtbaar en 'vloeibaar' maken. Dat begint ermee mensen bewust te maken van het belang van het delen van hun kennis, maar ook van het zoeken naar kennis van anderen. Daar hoort een geschikte (online) leeromgeving bij, waar mensen op een plezierige en eenvoudige manier de meest relevante aspecten van hun ervaringen kunnen delen, maar waarin het ook aantrekkelijk is om op zoek te gaan naar kennis van anderen. We hebben de leeromgeving BriMis ontworpen op basis van onze filosofie: Slim en Leuk Buffelen (SLB).

Geen data basement

In professionele omgevingen wordt veel informatie over projecten vastgelegd, vaak met het oog op formele processen, zoals (financiële) besluitvorming en compliance. Maar deze, vaak uitgebreide, documenten zijn niet geschikt voor kennisoverdracht. Veel te vaak blijven de meest waardevolle leerervaringen in hoofden hangen, terwijl de eerdergenoemde rapportages in een database-moment belanden: een kelder waar potentieel waardevolle informatie in verdwijnt om nooit meer het daglicht te zien.

BriMis richt zich specifiek op de leerprocessen, meer dan op een zo hoog mogelijke kennisdichtheid. Gebruikers vinden met een minimale inspanning de voor hen relevante kennis die op een toegankelijke manier gepresenteerd wordt,

met onder meer korte video's waarin mensen hun ideeën, enthousiasme, resultaten en lessen persoonlijk toelichten.

De Briljante Mislukkingen archetypen en double-loop learning: leren van anderen door patroonherkenning

De archetypen van het Instituut voor Briljante Mislukkingen vormen de basis voor BriMis. Dit zijn faalpatronen of leermomenten die een specifieke ervaring overstijgen en ook op veel andere innovatieprojecten van toepassing zijn. Door leerervaringen te koppelen aan de archetypen maken we double-loop learning mogelijk: in de ene context opgedane kennis in een andere context kunnen toepassen. Die leermomenten vinden we in alle projecten, ook wanneer er wel degelijk succes is behaald. Want welk project verloopt er nu zonder dat het even tegenzit of er (deels) een andere aanpak moest worden gekozen? Zelfs de meest succesvolle projecten kennen momenten waarop het mis had kunnen gaan, maar door de juiste beslissingen of een dosis geluk, de weg vooruit kon worden bewandeld. We zeggen wel eens: 'Een succes is een gemiste mislukking.' Dus BriMis is geschikt voor het leren van (briljante) mislukkingen én van (briljante) successen!

Hoe werkt BriMis?

Ten eerste helpt BriMis om bij eigen projecten in iedere fase te leren. Zo krijg je vooraf een beeld wat er mis zou kunnen gaan (learning before), waarmee je een conversatietool in handen hebt die je in staat stelt oorzaken van mogelijk mislukken vooraf te vinden, te bespreken en te



adresseren. Je voert als het ware een pre-mortem-analyse uit: je kijkt terug vanaf het potentiële faalmoment en zorgt ervoor dat het niet gebeurt. Tijdens projecten identificeer je wat er misgaat, wat de onderliggende oorzaak (het faalpatroon) is en bepaal je wat je eraan kunt doen (learning while). Daarbij kunnen de lessen van anderen in BriMis je helpen om zo snel en zo goed mogelijk door te gaan. Dat noemen we Forward Failing. Na afloop van een project helpt BriMis analyseren wat er mis is gegaan of wat er mis had kunnen gaan (learning after). De geleerde lessen worden aan de hand van de archetypen aan BriMis toegevoegd.

Het systeem helpt hierbij met korte tests in zes verschillende leergebieden waarin we de zestien faalpatronen, archetypen, hebben onderverdeeld. Na een korte test geeft het systeem aan welke archetypen voor jouw project hoogstwaarschijnlijk relevant zijn. Je licht vervolgens zelf toe waarom dit archetype inderdaad relevant is en welke les hieruit getrokken kan worden. BriMis helpt je zo om je project te analyseren en de lessen op een toegankelijke manier te presenteren aan anderen. Als aanvulling hierop presenteert BriMis voor jou relevante tips en tools (instrumenten of werkmethoden) om in de toekomst onnodige mislukkingen te voorkomen. Ten slotte is er nog een korte video die meer context schetst en de persoon of personen achter de leerervaringen zichtbaar maakt.

BriMis voor de zorg

Het Instituut voor Briljante Mislukkingen heeft als onderdeel van het programma 'De Zorg als Evoluerend Systeem' een aparte versie van BriMis

gemaakt om ook SLB (Slim en Leuk Buffelen) in de gezondheidszorg te ondersteunen. Het algemene doel van dit programma is positieve framing van mensen, organisaties en activiteiten die ambiëren de zorg beter en betaalbaarder te maken. Hierbij speelt het leervermogen een belangrijke rol. Leren met en van elkaar! Het accepteren en leren van Briljante Mislukkingen is daar onlosmakelijk onderdeel van. BriMis is daarbij waardevol omdat het kennis zichtbaar maakt en laat stromen tussen mensen, projecten en organisaties. In BriMis zijn de projecten terug te vinden die genomineerd zijn voor de Briljante Mislukkingen Award Zorg, maar het systeem kan ook gebruikt worden voor andere projecten in het zorgdomein.

brimis.nl



De duiker en de canyon: niet alleen letten op de harde, maar ook op de hardnekkige zaken!

Meta-analyse van het Instituut voor Briljante Mislukkingen

De duiker van Acapulco

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.

Ook in dit turbulente jaar is er weer een waardevolle oogst aan faal- en leeropbrengsten. Dit jaar komen we in meerdere cases de combinatie van het archetype de Canyon (ingesleten patronen) en de Duiker van Acapulco (timing) tegen. Ingesleten patronen in de vorm van routines, gewoontes, geschreven en ongeschreven protocollen dreigen de beoogde innovatie in de weg te zitten terwijl innoveren juist betekent dat je vaak op de troepen vooruitloopt! Dat levert natuurlijk extra uitdagingen op. Door dit soort combinaties van archetypen onder de loep te nemen, kunnen we patroonherkenning en daarmee onze collectieve 'faalintelligentie' nog verder vergroten.

In de casus 'Zonder stigma de deur door' strandde het gezichtsherkenningssysteem dat Theo Breuers en Tim van de Geijn ontwikkelden op de privacywetgeving. Het systeem perspectief speelt een belangrijke rol, waarbij de uitdagingen rond de privacywetgeving een illustratie zijn van regelgeving die soms geen recht doet aan de intenties van de wetgever. Dit project legt een aantal zaken bloot waar structureel naar gekeken moet worden. Met name het onderscheid tussen *Compliance with the Rules* en *Compliance with the Principles* is belangrijk. De archetypes De Canyon (ingesleten patronen) en de Duiker van Acapulco (timing) zorgen hier voor een lastig samenspel. Vanuit de Canyon zien we dat de interpretatie van de privacywetgeving (GDPR of AVG) weinig flexibel is. Men is gewend om de wet op een bepaalde

manier te interpreteren. Ook de initiatiefnemers van de Stichting Corona in Kaart ervoeren overigens een defensieve houding als gevolg van een wisselende interpretatie van de privacywetgeving. Hierdoor is het ongelooflijk lastig om een goede timing te vinden. De huidige strikte interpretatie van de privacywet biedt gewoonweg nauwelijks ruimte voor innovatieve toepassingen.

Bij de casus van myTomorrows over innovatieve financieringsmodellen voor early access in Nederland doet zich de combinatie van De Canyon en De duiker van Acapulco eveneens gelden. Medische behandelingen die nog in ontwikkeling zijn kunnen voor uitbehandelde patiënten de nodige gezondheidswinst opleveren. Het koppelen van patiënten en artsen aan geneesmiddelen die

De canyon

Ingesleten patronen

In de loop van miljoenen jaren heeft het water van de rivier Colorado deze canyon in het landschap doen ontstaan. Ook wij komen in ons leven vaak ingesleten patronen tegen in de vorm van routines en gewoontes.

in ontwikkeling zijn, stuit echter op de starheid van bestaande vergoedingssystematieken; ook dit blijkt een vast patroon dat moeilijk te veranderen is. Mede hierdoor is de timing een grote uitdaging en loop je als innovator al snel te ver voor de troepen uit. Het ongeduld is extra begrijpelijk omdat het gaat om echte patiënten die nu hulp nodig hebben.

Ook het afsprakenstelsel dat Qiy ontwierp om mensen meer controle te geven over de gegevens die ze online genereren kwam volgens de Europese Commissie twee jaar te vroeg. Wat ingesleten gedrag betreft is ook de belangrijkste les van Qiy Foundation veelzeggend: er is veel angst en pijn nodig voordat mensen hun gedrag veranderen. Ook Stichting Corona in Kaart merkte hoe lastig het kan zijn om mensen ervan te overtuigen het anders te doen en nam daarbij een sterke centralistische reflex wordt waar.

Het zal niet verbazen dat het daarbij in veel gevallen gaat om het collectieve gedrag op systeemniveau in de zorg. Regelgeving is slecht berekend op de voorgestelde innovaties en bestaande business- en organisatiemodellen staan de benodigde systeemveranderingen nog te vaak in de weg. Ook matchen bestuurstermijnen niet met de tijd die nodig is om een dergelijke fundamentele en noodzakelijke verandering te realiseren.

Positief is het feit dat de initiatiefnemers van de Briljante Mislukkingen-cases in deze editie niet bij de pakken neer zijn gaan zitten bij systeemtegenslag. Hoewel men vaak voor de troepen uitloopt, zien we dat men niet alleen tegen de

regels duwt, maar ook alternatieve paden bewandelt. Soms creëren initiatiefnemers hier letterlijk een tweede kans mee. Zo kwam er na het mislukken van de uitrol van Docly in Nederland een alternatief digitaal platform: Spreekuur.nl. Dit platform heeft goed gekeken naar wat er bij Docly beter kon, inclusief een slimme integratie met het huisartseninformatiesysteem. De leeropbrengsten bleken goud waard. Toen voor Qiy het succes langer op zich liet wachten dan gedacht, is gekeken naar mogelijkheden om het gedachtegoed in de praktijk aan te tonen. Hieruit is een innovatieve kaartenapp ontsproten die gemak en voordeel biedt én je privacy respecteert. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is het toch gelukt om voort te bouwen op de resultaten van het zorgclustermodel nadat het traject werd afgebroken. Ook Ingmar de Gooijer geeft met myTomorrow niet op in Nederland. Gedragen door wereldwijd succes blijft men in Nederland zoeken naar creatieve oplossingsrichtingen zoals het bundelen van de krachten met andere koplopers in de Personalised Health Care Catalyst Alliance.

Ons advies is om in taaie omgevingen zoals de zorg enerzijds te blijven duwen tegen de regels en anderzijds ondernemend en proactief te blijven kijken wat in de bestaande omgeving al wél mogelijk is. De algemene tip is: ga nu niet alleen zitten wachten tot de wetten veranderen, ga aan de slag! En tegen de casusindieners van deze editie en alle andere innovators in de zorg zeggen we: ga vooral ook met elkaar praten en blijf kennis uitwisselen over contexten heen, onder andere door patroonherkenning aan de hand van de archetypen. Dus als je in een Canyon zit, help elkaar los te maken van foutgevoelige denkkaders.

Bijvoorbeeld door middel van een zogenaamde pre-mortem-analyse, waarin je alles omdraait en een nabespreking houdt nog vóór je project begonnen is en ervan uitgaat dat het een gigantische mislukking was. Of wat dacht je van Vooruit Falen. Door te falen en daarvan te leren, kom je sneller vooruit!

Paul Iske & Bas Ruysenaars
De hoofdredactie

OVERZICHT 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.



Vernieuwing & Onzekerheid

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.



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 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 wel!' en 'Afspraak is afspraak!' geven de menselijke dimensie aan van het niet-kunnen-of-willen-stoppen syndroom.

Politiek & Belang



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 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 rechterhersenheft – 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 linkerhersenheft in verband brengen met rationele processen en de rechterhersenheft met het gevoel en emotionele processen.

Tijd & Plaats



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.



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 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.



Aanpassingsvermogen

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 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.



Post-it – De kracht van serendipiteit

Regelmatig is een afwijkende uitkomst in eerste instantie een mislukking, die niet voldoet aan de verwachtingen. Maar bij nader inzien kan het resultaat toch waardevol zijn. Al is het op een heel andere manier dan verwacht. Een voorbeeld is de zoektocht van technologieconcern 3M naar een nieuwe superlijm. De zwakhechtende lijm die het bedrijf ontwikkelde belandde als mislukking op de plank. Pas vijf jaar later vond 3M een zeer succesvolle toepassing voor deze in eerste instantie mislukte innovatie: de Post-it.



Middelen



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 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'.

Complexiteit



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 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 system 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.



Briljante Mislukkingen Award Zorg 2021

De zorginnovators die met hun Briljante Mislukking zijn opgenomen in dit tijdschrift zijn tevens met hun casus genomineerd voor de Briljante Mislukkingen Award Zorg 2021. Het doel van deze award is ten eerste om deze innovators een podium en waardering te geven voor hun Briljant Mislukte initiatieven. Daarnaast gaan we tijdens het jaarlijkse bijbehorende evenement met elkaar in gesprek en worden lessen en handelingsperspectieven gedeeld. Zowel de jury als het publiek bepalen wie dit jaar in de prijzen valt. Voor deze editie bestaat de jury uit de onderstaande personen. Bij iedere casus vind je hun belangrijkste commentaar.

JURYLEDEN

Prof. dr. Paul Louis Iske (voorzitter)	Professor Open Innovation & Business Venturing, Maastricht University
Nicholas H. Saadah, PhD	Post-doc bij de afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde (PHEG), Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
Dr. Veronique Timmerhuis	Directeur ZonMw
Edwin Bas	Health Market Research Lead NL, Ipsos Healthcare
Lea Bouwmeester	Adviseur Bebright Gezondheid, voorzitter van de redactieraad van ICT&health
Jeroen Kemperman	Senior Manager Strategie, Programma's, Investerings & Lessen en a.i. Beleid en Advies Commercie, Zilveren Kruis
Bert Otter	Innovatieconsultant Novel-T, expert op het gebied van data en digitalisering en al twintig jaar reumapatiënt



**Instituut voor
Briljante Mislukkingen**