



### **Good Practices: leren van bewezen succes**

Succesvol ondernemen met eHealth  
Rapport succesvolle cases, versie 1.0

Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg  
16-12-2013

Timber Haaker, Wolfgang Ebbers, Irene Krediet, Ruud Janssen

## Synopsis

In het project *Succesvol ondernemen met eHealth* wordt gewerkt aan effectieve, hanteerbare en geaccepteerde benaderingen voor het realiseren van bewijslast voor vernieuwende eHealth oplossingen. Om een eHealth-innovatie ingebed te krijgen in de zorg moet, afhankelijk van de context en het type zorg, een innovatieroute worden gekozen. De partijen langs deze route (de stakeholders) hebben elk hun eigen belangen bij de innovatie. Ze zullen overtuigd moeten worden met argumenten (vaak onderbouwd met bewijslast) die aansluiten bij hun belangen. In een eerder rapport, *Inventarisatie eHealth innovatieroutes en evidence*, (SomeHealth deliverable D1) is dit in detail uiteengezet. Het perspectief van partijen in de zorg stond daarbij centraal.

In het voor u liggende rapport staan de praktijkervaringen (*good practices*) van enkele eHealth ondernemers met bewezen succesvolle eHealth innovaties centraal: welke routes volg(d)en zij, welke stakeholders proberen zij te overtuigen, en met welke bewijslast doen ze dat? De ervaringen van deze eHealth ondernemers zijn verzameld door middel van een reeks casestudies en leiden tot inspiratie, aanbevelingen en suggesties voor collega ondernemers.

Het project *Succesvol ondernemen met eHealth* wordt mede mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van Stichting Innovatie Alliantie. Aan het project nemen de volgende partijen deel: Achmea Zorg en Gezondheid, ActiZ, Be4Care, BeagleBoxx, Bonstato, College voor Zorgverzekeringen (CVZ), Consuming Knowledge, DiaDerma, Dutch IT Consultants, Eusamed, Evalan, EvoCare, Focus Cura Zorginnovatie, Health Valley, Installatie Techniek Masseling, Isala Klinieken, MS Vereniging Nederland, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Nederlandse Vereniging voor eHealth (NVEH), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Novay, SalesSpirit, SymaX, Syntens, Valetudo Interpres, Zorgverzekeraar VGZ, Vos Projectadvies Gezondheidszorg, VRC Telecom, en Hogeschool Windesheim.

Voor meer informatie, kijk op <http://www.windesheim.nl/somehealth> of op de interactieve projectwebsite <http://www.somehealth.nl>.

## COLOFON

Christelijke Hogeschool Windesheim  
Postbus 10090, 8000 GB ZWOLLE, Nederland

Organisatie : Windesheim  
Projectleider : Marike Hettinga  
Telefoon : 088 - 4697762  
Website : <http://www.windesheim.nl/somehealth> en <http://www.somehealth.nl>  
Email : [m.hettinga@windesheim.nl](mailto:m.hettinga@windesheim.nl)  
Auteur(s) : - Timber Haaker  
- Wolfgang Ebbers  
- Irene Krediet  
- Ruud Janssen

Projectnaam : Succesvol ondernemen met eHealth  
Versie : 1.0  
Status : Definitief  
Toegangsrechten : Publiek  
Betrokken partijen : Windesheim, Novay

december 2013

## Versiehistorie

| <b>Versie</b> | <b>Datum</b> | <b>Persoon</b>                    | <b>Wijziging</b>                                                                   |
|---------------|--------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 0.1           | 18-07-2013   | Timber Haaker,<br>Wolfgang Ebbers | Initiële versie                                                                    |
| 0.2           | 10-12-2013   | Irene Krediet                     | Review en herschrijven van onderdelen                                              |
| 0.9           | 13-12-2013   | Timber Haaker                     | Toevoegen laatste casus; verwerken review; diverse<br>aanpassingen en aanvullingen |
| 1.0           | 16-12-2013   | Irene Krediet,<br>Ruud Janssen    | Laatste aanvullingen                                                               |

## Inhoudsopgave

|          |                                                           |           |
|----------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INLEIDING .....</b>                                    | <b>7</b>  |
| <b>2</b> | <b>GOOD PRACTICES: LEREN VAN “BEWEZEN” SUCCES.....</b>    | <b>8</b>  |
| 2.1      | Doelstelling .....                                        | 8         |
| 2.2      | Aanpak .....                                              | 8         |
| <b>3</b> | <b>CASE 1 - BP@HOME .....</b>                             | <b>10</b> |
| 3.1      | Wat beoogt de innovatie MobiHealth? .....                 | 10        |
| 3.2      | Welke route(s) is (zijn) van toepassing? .....            | 10        |
| 3.3      | Aandachtspunten .....                                     | 11        |
| 3.4      | Bijzonderheden bij BP@Home .....                          | 11        |
| 3.5      | De belangrijkste stakeholders .....                       | 11        |
| 3.6      | Valkuilen .....                                           | 12        |
| <b>4</b> | <b>CASE 2 - ZWIP .....</b>                                | <b>13</b> |
| 4.1      | Wat beoogt de innovatie ZWIP? .....                       | 13        |
| 4.2      | Welke route(s) is (zijn) van toepassing? .....            | 13        |
| 4.3      | Aandachtspunten .....                                     | 14        |
| 4.4      | De belangrijkste stakeholders .....                       | 14        |
| 4.5      | Valkuilen .....                                           | 14        |
| 4.6      | Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes ..... | 15        |
| <b>5</b> | <b>CASE 3 - TINYEYE .....</b>                             | <b>16</b> |
| 5.1      | Wat beoogt de innovatie TinyEYE? .....                    | 16        |
| 5.2      | Welke route(s) is (zijn) van toepassing? .....            | 16        |
| 5.3      | Aandachtspunten .....                                     | 17        |
| 5.4      | Bijzonderheden bij TinyEYE .....                          | 18        |
| 5.5      | De belangrijkste stakeholders .....                       | 18        |
| 5.6      | Valkuilen .....                                           | 18        |
| 5.7      | Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes ..... | 18        |
| <b>6</b> | <b>CASE 4 – DIGITAAL ZORGPLATFORM TELEGRAAF.....</b>      | <b>19</b> |
| 6.1      | Wat beoogt de Telegraaf? .....                            | 19        |
| 6.2      | Welke route(s) is (zijn) van toepassing? .....            | 20        |
| 6.3      | Aandachtspunten .....                                     | 20        |
| 6.4      | Bijzonderheden bij Digitaal Zorgplatform .....            | 21        |
| 6.5      | De belangrijkste stakeholders .....                       | 21        |
| 6.6      | Valkuilen .....                                           | 21        |
| 6.7      | Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes ..... | 22        |

|          |                                                                                      |           |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>CASE 5 – MOET IK NAAR DE DOKTER?-APP .....</b>                                    | <b>23</b> |
| 7.1      | Wat beoogt: 'Moet ik naar de dokter?' .....                                          | 23        |
| 7.2      | Welke route(s) is (zijn) van toepassing? .....                                       | 23        |
| 7.3      | Aandachtspunten .....                                                                | 25        |
| 7.4      | Bijzonderheden bij Moet ik naar de dokter? .....                                     | 25        |
| 7.5      | De belangrijkste stakeholders vanuit MINDD gezien .....                              | 26        |
| 7.6      | Valkuilen .....                                                                      | 26        |
| 7.7      | Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes .....                            | 26        |
| <b>8</b> | <b>OVERKOEPELENDE CONCLUSIES TEN AANZIEN VAN DE SOMEHEALTH INNOVATIEROUTES .....</b> | <b>27</b> |
| 8.1      | Aanbevelingen ten aanzien van de SomeHealth innovatieroutes .....                    | 27        |
| 8.2      | Aanbevelingen vanuit de cases aan (startende) eHealth ondernemers .....              | 28        |
| <b>9</b> | <b>REFERENTIES .....</b>                                                             | <b>30</b> |
|          | <b>BIJLAGE A: INTRODUCTIEBRIEF .....</b>                                             | <b>31</b> |
|          | <b>BIJLAGE B: VRAGENLIJST VOOR HALF OPEN HALF GESTRUCTUREERD INTERVIEW .....</b>     | <b>32</b> |

## 1 Inleiding

Om een eHealth-innovatie ingebed te krijgen in de zorg moet, afhankelijk van de context en het type zorg, een innovatieroute worden gekozen. De partijen langs deze route (de stakeholders) hebben elk hun eigen belangen bij de innovatie. Ze zullen overtuigd moeten worden met argumenten (vaak onderbouwd met bewijslast) die aansluiten bij hun belangen. In een eerder rapport, *Inventarisatie eHealth innovatieroutes en evidence* (Haaker et al., 2013), is dit in detail uiteengezet. Het perspectief van partijen in de zorg stond daarbij centraal.

Ondanks de rijkheid van de casestudies die eerder in het kader van het SomeHealth project zijn uitgevoerd, zie *Rapportage Casestudies* (Janssen et al., 2013), bleef de behoefte bestaan om de inzichten te toetsen aan enkele “bewezen” succesvolle cases waarbij een eHealth innovatie daadwerkelijk structureel is ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk. Dit is in de tweede helft van 2013 door middel van een combinatie van desk research en interviews uitgevoerd.

In het voor u liggende rapport staan de praktijkervaringen (*good en best practices*) van enkele eHealth ondernemers met bewezen succesvolle eHealth innovaties centraal: welke routes volg(d)en zij, welke stakeholders proberen zij te overtuigen, en met welke bewijslast doen ze dat? De ervaringen van deze eHealth ondernemers zijn verzameld door middel van een reeks casestudies en leiden tot inspiratie, aanbevelingen en suggesties voor collega-ondernemers en innovatoren.

## 2 Good practices: leren van “bewezen” succes

### 2.1 Doelstelling

In SomeHealth is gewerkt aan het duiden van innovatieroutes voor eHealth, het ontwikkelen en verrijken van factsheets met tips en tricks, en factsheets die iets zeggen over hoe je stakeholders als verzekeraars, zorgaanbieders, etc. kunt overtuigen. Op basis van de inzichten is een viertal innovatieroutes ontwikkeld inclusief aanbevelingen over hoe ze te bewandelen:

1. Een *consumentenroute* waarin een toepassing rechtstreeks wordt aangeboden aan een patiënt/consument.
2. Een *aanbiedersroute* waarin een toepassing rechtstreeks wordt aangeboden aan een zorgaanbieder.
3. Een *verzekeraarsroute* waarin een toepassing onderdeel wordt van een al bestaande behandeling.
4. Een *overheidsroute* waarin een toepassing leidt tot een nieuwe behandeling.

Alvorens deze innovatieroutes definitief op te leveren is er vanaf de zomer tot en met december van 2013 een validatieslag uitgevoerd. In deze slag zijn de resultaten getoetst in een vijftal nieuwe case studies van eHealth innovaties die daadwerkelijk structureel zijn ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk. In dit rapport beschrijven we de resultaten van deze vijf case studies en ook de meer generieke conclusies die we daaruit kunnen afleiden ten aanzien van de vier innovatieroutes.

### 2.2 Aanpak

De case selectie van vijf cases heeft plaats gevonden aan hand van een aantal criteria:

- Het moet een innovatie zijn die al in de markt is geïntroduceerd en enige tijd draait.
- Er moet een zekere mate van spreiding over de vier routes zijn, om te voorkomen dat vijfmaal dezelfde route wordt getoetst.
- De ehealth ondernemer die de ehealth innovatie aanbiedt moet aan de case studie willen meewerken.

Aan hand van een longlist met bij de onderzoekers bekende eHealth cases en na toepassing van de genoemde criteria en benadering van contactpersonen hebben onderstaande vijf eHealth innovaties hun medewerking toegezegd, te weten:

1. BP&Home van MobiHealth,
2. ZWIP van Protopics,
3. Tinyeye van TinyEYE,
4. Digitale Zorgplatform van Telegraaf,
5. Moet ik naar de dokter? van MINDD.

In de case studies is gebruik gemaakt van zowel deskresearch van de productinnovaties als van half gestructureerde, half open interviews. Ter voorbereiding op de interviews zijn aan de geïnterviewden een beschrijving van het doel van SomeHealth, de presentatie met de innovatieroutes en de vragenlijst gestuurd. Vervolgens heeft het interview plaatsgevonden en na afloop is de verwerking, tezamen met het deskresearch, ter reactie voorgelegd aan de geïnterviewden en zijn eventuele commentaren verwerkt.

In het interview en bij het deskresearch zijn de onderstaande vraagstukken en onderwerpen onderzocht en besproken:

- Wat beoogt de innovatie?

- Welke routes zijn van toepassing?
- Aandachtspunten en bijzonderheden bij de innovatie.
- De belangrijkste stakeholders en hun belangen bij de innovatie.
- Valkuilen waar de eigenaar van de innovatie voor waarschuwt.
- Eventuele nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes.

Deze onderwerpen zijn uitgevraagd aan de hand van de vragenlijst in bijlage B.

### 3 Case 1 - BP@Home

BP@Home is een onderdeel van MobiHealth dat meerdere telezorg producten en diensten levert. BP@Home meet nauwkeurig de bloeddruk op afstand. Het is een dienst die patiënten met chronisch hoge bloeddruk of risicozwangerschap de mogelijkheid biedt om thuis, of in een andere vertrouwde omgeving, bloeddruk te meten en de gegevens via een eigen digitaal dienstenloket te versturen naar hun zorgprofessional. Patiënten hoeven niet zelf waarden in te vullen; het gaat om zogenaamde geautomatiseerde overdracht van meetwaarden.



#### 3.1 Wat beoogt de innovatie MobiHealth?

Door de geautomatiseerde overdracht van meetwaarden, en het meten in een vertrouwde omgeving, wil MobiHealth met BP@Home bereiken dat bloeddruk meten voor jong en oud eenvoudig is, dat er minder arts bezoek nodig is om alleen de bloeddruk te laten meten, en dat met de oplossing de zorgkosten omlaag kunnen. Dus, naast efficiënter, wordt de zorg ook effectiever<sup>1</sup>.

Daarnaast (b)lijken er nog bijkomende effecten, namelijk dat

- patiënten door de voortdurende objectieve feedback betere zogenaamde medicijntrouw gaan vertonen. Ze zien veel beter dat er effecten zijn op de bloeddruk dan dat ze zelf gevoelsmatig (kunnen) waarnemen.
- meetgegevens nauwkeuriger worden: een grote groep patiënten vertoont bij de arts stressreacties die de bloeddruk (meting) beïnvloeden, meer dan dat thuis het geval is.
- de meetmethode veel minder verstorend is voor de thuissituatie, werksituatie, etc. vooral als er sprake is van grote afstanden tussen patiënt en zorgaanbieder.

#### 3.2 Welke route(s) is (zijn) van toepassing?

MobiHealth begint zijn marktonwikkeling bij de zorgaanbieder (vooral specialisten bij ziekenhuizen) zelf, laat daar een proefopstelling zien, en geeft de mogelijkheid tot een tijdelijk proefplaatsing. De specialist beslist dan eventueel tot aanschaf van de dienst over te gaan. De specialist rouleert de bloeddrukmeters onder zijn patiënten en gebruikt abonnementen voor de data overdracht. Bij geïnteresseerde patiënten kan het voorkomen dat de arts de aanschaf van BP@Home adviseert waarna de patiënt BP@Home individueel koopt. De opstelling wordt weliswaar niet vergoed voor de patiënt, maar zeker bij grote afstanden, grote regelmaat, of veel ligdagen, is de patiënt geneigd zelf bij te dragen, zeker wanneer het minder verstorend werkt op de arbeids-/thuissituatie etc. Deze methode blijkt goed te werken en werkt verder via mond-op-mond reclame (sneeuwbal effect).

Om BP@Home in de eerste lijn (huisarts) aan de man te brengen is uitdagend gebleken. De doelstelling van BP@Home om efficiënte zorg aan te bieden, doet namelijk mogelijk afbreuk aan het 'business model' van de huisarts om productie te draaien. Voor de huisarts kan het namelijk tot omzetverlies lijden, ook al

---

<sup>1</sup> Voor uitleg van de begrippen kostenefficiëntie en effectiviteit zie Somehealth deliverable D1, <http://www.somehealth.nl/wp-content/uploads/2013/04/Succesvol-ondernemen-met-eHealth-D1-versie-2.0-2013-04-18.pdf>.

omdat er geen structurele ondersteuning is vanuit zorgverzekeraars voor dergelijke innovatieve telezorg diensten in de eerste lijn.

MobiHealth probeert ook zorgverzekeraars enthousiast te krijgen om de innovatie te vergoeden, zodat het ook voor patiënten bij de huisarts aantrekkelijker wordt om aan te schaffen. Hiervoor lopen de nodige gesprekken, maar dit loopt al een aantal jaren en het vermoeden is dat het nog wel even duurt.

Naast mogelijkheden voor de patiënt zet MobiHealth BP@Home zich ook in voor onderzoekstrajecten met andere partijen, o.a. het renale denervatie<sup>2</sup> project waarbij een nieuwe behandeling voor patiënten met moeilijk behandelbare of onbehandelbare hypertensie wordt onderzocht.

MobiHealth heeft er dus voor gekozen om in eerste instantie de aanbiedersroute te bewandelen via de patiënt zelf, en om in tweede instantie de consumenten route te volgen via wederverkoop door de zorgaanbieder aan de patiënt. Tegelijk wordt ook de verzekeraarsroute bewandeld om de business case te vergroten. Tevens richt men zich ook op de overheidsroute, zij het indirect, als toeleverancier binnen een nieuwe behandelmethode voor renale denervatie.

### 3.3 Aandachtspunten

Doordat er verschillen zijn in toepassingen in de 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijn gezondheidsinstellingen, is het moeilijk om standaard verdienmodellen, investeringsmogelijkheden en budgetten in de business cases op te stellen. Er dient dus naar (semi)maatwerk/oplossingen te worden gezocht voor de aankoop door ziekenhuizen, huisartsen of door patiënten zelf.

### 3.4 Bijzonderheden bij BP@Home

Omdat er sprake is van medische hulpmiddelen is er voor BP@Home een CE-markering<sup>3</sup> nodig. Hiervoor is een investering vereist evenals een klinisch bewijs van de toepassing. Deze zijn inmiddels verzameld. Echter, er is hier sprake van een vicieuze CE cirkel die doorbroken dient te worden: voor CE is een klinisch bewijs vereist. Dit kan alleen met/via specialisten, maar dat vereist weer de inzet van CE apparatuur. MobiHealth heeft die cirkelredenering weten te doorbreken en bewijs kunnen verzamelen door componenten die al een CE certificaat hadden (bijvoorbeeld de bloeddrukmeter) in te zetten. Innovatie specialisten waren dan namelijk veel meer bereid het experiment aan te gaan en om met MobiHealth te gaan samenwerken (en dus nog meer bewijs te verzamelen). Voor het inzetten/uitbreiden van de toepassing voor diagnose, beslissingsondersteuning, alarmering en dergelijke is een zwaardere CE nodig (risico klasse 2+). Dit vergt dan ook een grotere investering. Deze wordt opportuun zodra er grotere volumes in zicht zijn, bijvoorbeeld doordat zorgverzekeraars de toepassing gaan vergoeden.

Een extra steun in de rug is dat thuismeten in de medische richtlijnen (NHG, ESH) is opgenomen.

### 3.5 De belangrijkste stakeholders

Omdat hier meerdere routes zijn bewandeld, is hier sprake van een grote groep stakeholders die betrokken zijn bij deze case. Tevens wordt in deze lijst ook het nut van de toepassing voor de betreffende stakeholder genoemd:

---

<sup>2</sup> [http://nl.wikipedia.org/wiki/Renale\\_denervatie](http://nl.wikipedia.org/wiki/Renale_denervatie)

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/enterprise/policies/single-market-goods/cemarking/about-ce-marking/index\\_nl.htm](http://ec.europa.eu/enterprise/policies/single-market-goods/cemarking/about-ce-marking/index_nl.htm)

- de patiënt met hoge bloeddruk problemen of met zwangerschapscomplicatie heeft baat bij de toepassing omdat het leidt tot minder reizen, minder ligdagen, een betere feedback, via mond-tot-mond reclame.
- de specialist in loondienst. Deze let op betere, efficiënte zorg. De route loopt hier in eerste instantie via de innovatie specialist om vervolgens via 'peers' de innovatie onder de aandacht te brengen (showcase dan wel sneeuwbal benadering).
- de maatschap richt zich op betere, efficiënte, zorg, maar in een maatschap wordt veelal vanuit een algemeen belang gekozen en niet door/voor het belang van één maat (niet iedereen heeft bloeddrukmeten nodig).
- de huisarts let op goede zorg en of hij meer patiënten kan behandelen. Deze route loopt eigenlijk via de zorgverzekeraar, hetgeen een(lastig) traject met lange adem is.
- het middelmanagement van zorginstelling let op de financiële kant van de zaak, maar ook de efficiëntie voordelen dienen te worden aangekaart.
- de Raad van Bestuur bij zorginstelling let op de visionaire kant van de zaak.
- de verzekeraar let op een beter (effectiever, minder) en goedkoper pillenbeleid waarvoor bewijslast dient te worden verzameld.
- de patiëntenverenigingen letten vooral op het algemeen belang voor hun groep gebruikers.

### 3.6 Valkuilen

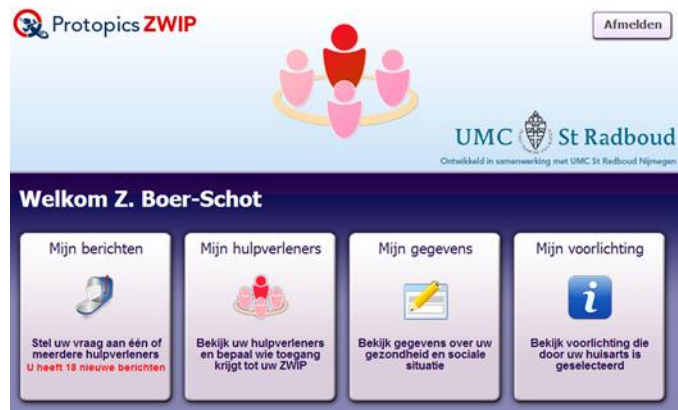
Valkuilen zijn:

- niet alleen richten op het overtuigen van de Raad van Bestuur. Hen overtuigen is wel van belang (t.a.v. visie), maar daarnaast zijn de (medisch) specialisten en het middenmanagement (voor financiën, operationele toepassingen en voor juridisch consequenties) ook van belang voor het draagvlak en voor structurele inzet.
- één maatschap lid die enthousiast is over de innovatie, is onvoldoende. De hele maatschap moet enthousiast zijn. Maatschappen investeren makkelijker in iets dat elke maat kan gebruiken, dan in iets dat maar één individu gaat toepassen.

Met andere woorden, de stakeholders in de verschillende routes kennen vaak meerdere niveaus, met verschillende belangen. Dit wordt vaak over het hoofd gezien, maar vereist dus veelal nog een verdiepingsslag.

#### 4 Case 2 - ZWIP

Het ZWIP staat voor Zorg- en WelzijnsInfoPortaal en is onderdeel van Protopics. ZWIP fungeert als zogenaamde digitale overlegtafel: via ZWIP wisselen zorgprofessionals en patiënten zorg- en welzijnsinformatie uit. ZWIP wil, samen met de patiënt, de multidisciplinaire samenwerking bevorderen en afstemming van de zorg tussen hulpverleners onderling bewerkstelligen. Het bevat een multidisciplinair zorgplan, conform de NHG richtlijnen, en wil de rol van de casemanager of zorgcoördinator versterken.



##### 4.1 Wat beoogt de innovatie ZWIP?

Protopics biedt een informatieportaal aan waar zorg- en welzijnsprofessionals, patiënten en hun mantelzorgers, veilig en snel informatie kunnen uitwisselen over onder meer behandelplannen. Het wordt bekostigd door de zorgaanbieders (met name de huisarts); voor patiënten en mantelzorgers is het gratis.

Protopics heeft als doel om:

- zorg- en welzijnsprofessionals slimmer en beter te laten samenwerken om zodoende de zorg- en dienstverlening aan kwetsbare ouderen te verbeteren.
- de zelfredzaamheid van ouderen en de mantelzorgers verbeteren.

Daarnaast (b)lijken er nog bijkomende effecten, namelijk:

- doordat de patiënten zelf meedenken en mee beschikken over de behandeling, is er een grotere behandeltrouw, is zo blijkt uit onderzoek van de Radboud Universiteit, hetgeen wederom kan leiden tot snellere genezing.

##### 4.2 Welke route(s) is (zijn) van toepassing?

Het idee om ZWIP te ontwikkelen is ontstaan vanuit een co-creatie van Protopics met het Radboud Universiteit Nijmegen UMCN). Bij de UMCN liep een toegepast onderzoeksproject naar het verbeteren van de ouderenzorg, waarin ook een klankbordgroep zitting had met onder meer huisartsen uit die regio. De huisartsen gaven aan dat een verbeterde informatievoorzieningsoplossing wel moest passen in hun huidige werkwijze en wezen op goede innovatie ervaringen met Protopics. In een aantal co-creatie sessies is vervolgens het idee van een 'digitale overlegtafel van ZWIP ontstaan.

Protopics is het ZWIP systeem samen met het UMCN vervolgens gaan ontwikkelen. De zorgverzekeraar VGZ is hierbij van meet af bij betrokken. In een latere fase is ook de zorgverzekeraar CZ betrokken, bijvoorbeeld voor de toepassing bij dementie.

Na twee jaar overleg hebben VGZ en het CZ het ZWIP als voorwaarde opgenomen en is het gebruik van ZWIP voor artsen declarabel geworden. VGZ en CZ hebben zich laten overtuigen door de zorgaanbieders en door bewijs uit het UMCN onderzoek, waaruit bleek dat het gebruik van ZWIP leidt tot grotere behandeltrouw en snellere genezing.

Vervolgens zijn artsen benaderd om met ZWIP te gaan werken. De ervaring van Protopics is dat artsen intuïtief snel aanvoelen wanneer iets een goede innovatie is, maar dat zij zonder medewerking van de zorgverzekeraar niet tot toepassen van de innovatie overgaan. .

Protopics heeft er dus voor gekozen om in eerste instantie de verzekeraarsroute te bewandelen. In tweede instantie wordt de aanbiedersroute gekozen omdat ZWIP zich, naast kwetsbare ouderen, nu ook gaat richten op specifiekere ziektebeelden, o.a. diabetes en longaandoeningen. Zo wordt een goede business case opgebouwd om de innovatie verder te kunnen uitrollen.

#### 4.3 Aandachtspunten

Een goed dynamisch netwerk ontstaat wanneer één van de professionals expliciet samen met de patiënt de regie voert in het ZWIP, bijvoorbeeld een wijkverpleger. Door de actieve rol van de mantelzorgers en zorgaanbieders in ZWIP raken zij meer betrokken bij- en kan er ook meer inzicht ontstaan in- de behandeling (eventueel kan worden ingegrepen worden wanneer als er iets mis dreigt te gaan) en de voortgang van de innovatie.

Voor de artsen levert het gebruik van ZWIP een interessante business case op. Omdat artsen per een vaste periodieke vergoeding krijgen kan, als gevolg van het gebruik van ZWIP, de huisarts een grotere praktijk voeren dan wanneer hij geen gebruik maakt van ZWIP. Bovendien zorgt ZWIP ervoor dat mensen langer thuis kunnen blijven wonen, hetgeen weer kan resulteren in een groter cliëntenbestand en langere vergoeding.

#### 4.4 De belangrijkste stakeholders

- de huisarts krijgt meer zicht op de patiënt, hij kan een groter cliëntenbestand afhandelen, en houdt patiënten langer binnen de eigen invloedssfeer ( ZWIP moet dan wel declarabel zijn).
- de inkoop van de zorgverzekeraar heeft wetenschappelijk bewijs nodig voordat hij het declarabel maakt en vraagt om zichtbaar commitment van zorgaanbieder(s).
- de wijkverpleegkundige en paramedici: door het gebruik van ZWIP ontstaat er (eindelijk) een goede overdracht naar de huisarts (geen schriftjes).
- cliëntenraden van thuiszorgorganisaties spelen een grote rol in wat de organisaties wel of niet goed vinden en keuzes die gemaakt worden rondom zorgverlening.
- de patiënt heeft zo veel duidelijker zicht op welke afspraken er zijn, wat het zorgplan is, hij kan er over mee beslissen etc. Dit leidt vaak tot grotere therapietrouw t (snellere genezingen, langer thuis blijven etc.).
- de mantelzorger krijgt meer inzicht in- en grip op- de behandeling. Hij kan meedenken, tijdig signaleren, wordt eerder voor overbelasting behoed etc.
- de gemeenten hebben steeds meer verplichtingen in het zorgdomein en worden daarmee ook een betalende klantgroep voor het ZWIP.

#### 4.5 Valkuilen

Valkuilen zijn:

- ga niet als ondernemer in je eentje bij een zorgverzekeraar aankloppen, zorg voor steun van actieve zorgaanbieders.

- richt je niet alleen op een verkoopverhaal bij de inkoop van de zorgverzekeraar maar kom ook met wetenschappelijk bewijs om hen te overtuigen.
- betrek zorgverzekeraars van meet af aan bij de innovatieplannen.

#### 4.6 *Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes*

De rol van de overheid ten aanzien van zorgverzekeraars is niet compleet: de overheid bewaakt ook de richting waarin zorgverzekeraars zich ontwikkelen. Deze richt zich niet alleen op de kwaliteit, de veiligheid, en wat er wordt vergoed. De overheid probeert ook via subsidietrajecten, voorlichting, etc. bij zorgverzekeraars aandacht te vragen en te lobbyen, gericht op specifiek beleid dat de verzekeraars vanuit hun (op afstand van de overheid geplaatste) rol niet zomaar adopteren.

## 5 Case 3 - TinyEYE

TinyEYE levert een systeem voor online logopedie (telelogopedie), door het gebruik van een beeld- en geluidsverbinding tussen een logopedist en een cliënt, zodat op afstand logopedie gegeven kan worden. TinyEYE levert een compleet programma voor logopedie, geeft advies over de inzet van de beschikbare tools en vastlegging voor dossierinformatie, en het bevat trainingen en oefeningen voor de logopedist die ook in de vorm van huiswerk kan worden meegegeven aan de cliënt. TinyEYE traint ook de logopedisten in het gebruik van het systeem. Daarnaast ontwikkelt en beproeft TinyEYE het systeem verder in haar eigen praktijk. Het business model werkt met licenties voor logopedisten die van het systeem gebruik willen maken.



### 5.1 Wat beoogt de innovatie TinyEYE?

Door logopedie online aan te bieden kan logopedie plaats- en deels ook tijds- onafhankelijk worden aangeboden. Daarnaast ondersteunt het de logopediste bij de diagnose, bij het opstellen van het behandelplan, en bevat het een scala aan oefeningen.

Door gebruik te maken van TinyEye kan:

- de juiste zorg worden geboden en is er geen noodzaak voor cliënten om naar de praktijk van een logopedist te komen. Zo kunnen bijvoorbeeld scholieren binnen de eigen school logopedie ontvangen.
- nieuwe doelgroepen kunnen worden bereikt, zoals schipperskinderen of cliënten die niet mobiel zijn.
- naast een consult biedt TinyEYE extra oefenmateriaal aan cliënten (via inloggen).

Daarnaast (b)lijken er nog bijkomende effecten, namelijk:

- kinderen vinden deze vorm van logopedie vaak leuk en zijn gemotiveerd de oefeningen in spelvorm via de computer te doen. Dit kan de therapietrouw vergroten.
- telelogopedie leidt er toe dat logopedisten efficiënter kunnen worden ingepland.

### 5.2 Welke route(s) is (zijn) van toepassing?

De ontwikkeling van TinyEYE in Nederland is voortgekomen uit een visie dat logopedie er moet zijn voor iedereen die dat nodig heeft. De initiatiefnemers constateerden dat er diverse doelgroepen waren die logopedie niet krijgen aangeboden. Zij richtten Stichting Spraakfonds op met als doel om die kinderen te identificeren en logopedisten naar de scholen te krijgen om logopedie te verzorgen. De stichting ontwikkelde diverse projecten die gefinancierd werden door gemeente en sponsors, onder andere een project op een basisschool waar logopedie via een beeldtelefoon werd aangeboden. Naast de beeldtelefoon is men ook gaan kijken naar voorbeelden van telelogopedie in het buitenland en de bruikbaarheid daarvan voor de Nederlandse context. In het Canadese TinyEYE wordt logopedie geboden aan scholen, die eigen budget hebben voor logopedie. TinyEYE heeft, in samenwerking met de Universiteit

Groningen, het Canadese materiaal omgezet voor de Nederlandse markt. In Nederland hebben scholen zelf geen budget, maar wordt logopedie vergoed door de zorgverzekeraars (basisverzekering).

Naast de Stichting werd een VOF opgericht en werd samenwerking gezocht met VentureLab Twente voor financiering en support voor verdere (commerciële) ontwikkeling in twee zogenaamde TOP plaatsen.

Voor verdere ontwikkeling is er aansluiting gezocht bij de branchevereniging voor logopedie. Het bestuur was erg enthousiast en heeft gesprekken gevoerd met de NZa. TinyEYE is vervolgens gepresenteerd bij de NZa, en voorzien van wetenschappelijke bewijslast over de effectiviteit van telelogopedie. Daarop heeft de NZa een prestatiecode voor telelogopedie opgesteld per 1/1/2011, zodat een logopedisch consult via het beeldscherm op dezelfde wijze wordt vergoed als een traditioneel consult. Wel moet er dan al een behandelrelatie tussen logopedist en cliënt bestaan.

Voor verder groei en opschaling heeft TinyEYE een investeerder gevonden in de vorm van een stichting, gelieerd aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Deze stichting richt zich op het verder brengen van innovatieve ideeën op het gebied van life sciences en zorg. Via deze stichting is er contact met de inkoopafdeling van een grote zorgverzekeraar, waardoor nu iedere logopedist die een licentie op het systeem afneemt een substantieel deel vergoed kan krijgen door de verzekeraar.

Inmiddels is TinyEYE een eigen praktijk voor telelogopedie gestart waarin het TinyEYE systeem voortdurend wordt getoetst en doorontwikkeld.

TinyEYE heeft er voor gekozen om de route via de verzekeraar te bewandelen zodat er een prestatiecode voor telelogopedie kwam. De logopedist wordt nu klant worden van TinyEYE door een licentie op het TinyEYE systeem te nemen en kan telelogopedie leveren die vergoed wordt uit de basisverzekering. Als uitbreiding op dit business model probeert TinyEYE nu ook licenties aan scholen te verkopen waarmee scholen laagdrempelig toegang tot telelogopedie kunnen krijgen voor hun leerlingen.

### 5.3 Aandachtspunten

In het hele innovatietraject, van visie op logopedie tot een succesvolle uitrol van TinyEYE, vallen enkele punten op:

- “chase the money”, dat wil zeggen: zorg er steeds voor dat je de volgende fase kunt financieren. Voor TinyEYE waren dat eerst gemeenten en sponsors die kleinere projecten financierden, gevolgd door de opschaling met hulp van VentureLab Twente en een investeerder.
- betrek een zorgverlener in het proces. Dit helpt investeerders als duidelijk is dat je het veld goed kent, bijvoorbeeld door een professional aan boord te hebben.
- betrek de brancheorganisatie in het proces, ondanks mogelijke weerstand bij de logopedisten.
- practice what you preach. TinyEYE heeft een eigen logopediepraktijk geopend die zich ontwikkelt tot expertisecentrum voor telelogopedie.
- ga veel netwerken, zorg dat je altijd op de eerste twee rijen zit, en spreek de juiste mensen aan.
- publiceer een artikel in een vakblad. Hiermee bereik je de doelgroep langs een vertrouwd kanaal en kun je uitleggen wat je beoogt. Ook zichtbaarheid op conferenties en beurzen kan helpen.

#### 5.4 *Bijzonderheden bij TinyEYE*

- Telelogopedie ondervindt weerstand van traditionele logopedisten die vinden dat logopedie niet zonder face-to-face contact kan. De weerstand leidde zelfs tot vragen in de Tweede kamer en sloeg adoptie een beetje dood. Een toelichting en presentatie op het ministerie leidde echter tot enthousiaste reacties, ook bij de minister, wat uiteindelijk juist de naamsbekendheid en adoptie vooruit geholpen heeft.
- Een goede kwaliteit beeld- en geluidsverbinding is in eerste instantie al voldoende op telelogopedie op te zetten.

#### 5.5 *De belangrijkste stakeholders*

Het gaat om de volgende stakeholders:

- de cliënt die op een laagdrempelige manier logopedie kan ontvangen en aanvullende oefengames kan doen om het behandel-effect te kunnen vergroten. Ouders kunnen zelf actief op zoek naar een logopedist die telelogopedie biedt en zo hun kinderen thuis logopedie laten ontvangen en hen begeleiden.
- de logopedist krijgt een nieuw kanaal waarlangs zij logopedie kan verstrekken. Dit is zowel een kans als een bedreiging. Afstand tot de cliënt speelt in principe geen rol meer, maar een eerste face-to-face bijeenkomst is in principe nodig om de behandelrelatie te starten.
- de school speelt een belangrijke rol in detecteren van spraakproblemen. Zij heeft behoefte aan logopedie en is faciliterend in het verlenen van logopedie.
- de branchevereniging heeft TinyEYE geholpen om de NZa te overtuigen een prestatiecode op te stellen voor telelogopedie.
- de zorgverzekeraar kan telelogopedie vergoeden op basis van de prestatiecode van de NZa, en zij kan logopedisten stimuleren mee te werken in een pilot om een licentie van TinyEYE af te nemen door een deel te vergoeden.
- de universiteit speelt een belangrijke rol in het leveren van de benodigde bewijslast voor effectiviteit van telelogopedie en bij het vertalen van de Canadese methode naar de Nederlandse context.

#### 5.6 *Valkuilen*

Valkuilen zijn:

- een te brede scope te kiezen voor de mogelijkheden van - in dit geval - de beeldtelefoon. Er moet een duidelijke focus zijn (i.e. voor telelogopedie) om de voordelen van de propositie overtuigend en helder te maken, en om de juiste partijen te kunnen betrekken.
- de weerstand bij de beroepsgroep onderschatten. Willen zij worden overtuigd dan is een goed verhaal nodig dat liefst ook de voordelen en kansen voor de beroepsgroep duidelijk maakt. Tegelijkertijd is de beroeps- of branchevereniging nodig richting NZa. Het is dus belangrijk de juiste ambassadeurs te vinden.
- het wiel opnieuw uit te willen vinden. Veel is al bedacht of geprobeerd of zelfs beschikbaar in het buitenland. De bewijslast en ervaring die daar verzameld is kun je ook hier weer inzetten.

#### 5.7 *Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes*

Een MKB-er met een goed eHealth idee, die de route via de verzekeraar wil afleggen, zal vaak ook de aanbiedersroute moeten afleggen. De verzekeraar vergoedt de behandeling door de zorgaanbieder, en de zorgaanbieder betaalt uiteindelijk de aanbieder voor de eHealth oplossing.

## 6 Case 4 – Digitaal zorgplatform Telegraaf

De Telegraaf verzorgt 24/7 het laatste nieuws en achtergronden over meerdere platforms. De nieuwsvoorziening kent vier kernpijlers: algemeen nieuws (politiek, binnenland/buitenland), financieel, sport, en entertainment. Daarnaast zijn er diverse gebieden die extra redactionele aandacht krijgen, waaronder Vrouw, Autovisie, Reizen, en sinds kort ook het laatste (digitale) nieuws & achtergronden over zorg & gezondheid.

[Telegraaf.nl/gezondheid](http://Telegraaf.nl/gezondheid) biedt zorgnieuws, zorgdossiers, zorgblogs en een digitaal spreekuur aan. Bij deze laatste kan de lezer via mail rechtstreeks vragen stellen aan één van bij dit platform aangesloten specialisten.



Daarnaast biedt het platform achtergrond en verdiepinginformatie over bijvoorbeeld mazelen en diabetes. Ook wordt er ruimte gemaakt voor columnisten, zoals een blog van een oud-Telegraafcollega en MS-patiënt. In een later stadium zal het platform verder worden uitgebreid met een medische encyclopedie en met een eigen forum.

Op het digitaal zorgplatform van de Telegraaf is primair een advertentiemodel van toepassing. De beschikbare advertentieposities, waaronder banners, tekstlinks, advertorials en commerciële specials, worden aangeboden aan adverteerders die interesse/belangen hebben in een 'zorg & gezondheidsumfeld'. Alle commerciële activiteiten die plaatsvinden op [telegraaf.nl/gezondheid](http://telegraaf.nl/gezondheid) voldoen aan de officiële wettelijke richtlijnen (KOAG/KAG<sup>4</sup>) en zijn goedgekeurd door de hoofdredactie van de Telegraaf.

### 6.1 Wat beoogt de Telegraaf?

Redactie en uitgever van de Telegraaf willen met het nieuwe gelanceerde zorgplatform uiteindelijk drie zaken bereiken:

1. De Telegraaf wil zijn achterban steunen in het zelfredzamer worden: zelf beter kunnen uitzoeken welke verzekeraar hij moet kiezen, zelf beter kunnen uitzoeken hoe het staat met de rechten van de patiënt, en zelf weten hoe gezond te blijven of dat weer worden.
2. De uitgever wil meer bereik en extra (advertentie) omzet genereren via het nieuw gecreëerde 'gezondheidsomgeving'.
3. In de tripartite machtsbalans tussen patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar wil de Telegraaf aan de zijde van de patiënt, de eigen achterban, gaan staan om zo evenwicht aan te brengen in de machtsbalans. De macht lag bij de aanbieder, nu ligt deze bij de verzekeraar en, in ogen van de Telegraaf, te weinig bij de patiënt.

Richting de lezers en bezoekers wil de Telegraaf zorginformatie toegankelijker maken en een bron van betrouwbare zorginformatie worden. Of, zoals het platform zelf aangeeft: "de navigatie zijn in het digitale zorgoerwoud", op allerlei gebieden, van ziektebeelden tot en met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het

---

<sup>4</sup> KOAG/KAG is een goedkeuringsinstantie op basis van zelfregulering gericht op preventief toezicht op publieksreclame voor geneesmiddelen.

digitale zorgplatform is voor de Telegraaf een eerste stap. Uiteindelijk wil De Telegraaf toe naar een situatie waarin het de rol van digitale wachtkamer vervult.

De positie van digitale wachtkamer kan in de ogen van De Telegraaf alleen worden bereikt door een mix van actuele en inhoudelijke content en 'user generated content' te creëren. De Telegraaf is zelf goed in staat om 'actuele content' en 'user generated' content te produceren. Voor de inhoudelijke medische content wordt samenwerking gezocht met de medische wereld en/of medische uitgevers. Vanuit de gecreëerde zogenaamde 'bereikspositie' in het zorglandschap verwacht men bijdrages van zorgadverteerders, zoals zorgaanbieders en verzekeraars.

Op korte termijn zijn het (in ieder geval) de advertentie-inkomsten van verzekeraars die een belangrijke bron van inkomsten vormen. Van daaruit kan worden gebouwd aan een adverteerdersplek voor nog veel meer soorten partijen. Op langere termijn overweegt De Telegraaf ook andere verdienmodellen, gericht op het direct vergroten van de inkomsten via de lezers/bezoekers.

### 6.2 Welke route(s) is (zijn) van toepassing?

Door zich met het nieuwe (digitale) zorgplatform rechtstreeks tot lezers als zorgvragers te wenden, is er in zekere zin sprake van de consumentenroute, maar dan wel indirect. Met onder andere de landelijke patiëntenvereniging (althans de koepel NPCF) en met beroepsverenigingen worden afspraken gemaakt om de content van het platform te verrijken, in ruil voor 'exposure & traffic'. Maar het bereik dat binnen het platform wordt gerealiseerd, wordt vooralsnog niet direct vermarkt richting de bezoekers/lezers.

Het verdienmodel maakt dat de Telegraaf zijn geld nu nog vooral van andere stakeholders haalt, namelijk in eerste instantie via zorgverzekeraars die advertentiemogelijkheden zoeken. Op termijn zullen hier ook andere adverteerders aan worden toegevoegd, zoals zorgaanbieders. Om dat voor elkaar te krijgen op de schaal waarin de Telegraaf dat voor zich ziet, worden niet alleen direct die twee groepen van stakeholders benaderd. De meeste grote adverteerders laten zich vertegenwoordigen door mediabureaus. De Telegraaf staat in continu contact met alle grote mediabureaus en legt hier de benodigde contacten mee.

Op termijn wil de Telegraaf zich wel veel meer, ook in financieel opzicht, op de lezer/achterband richten, en dus directer op de consumentenroute.

Om de business case te groten, wordt echter ook de verzekeraarsroute verkend en uitgebouwd. De Telegraaf wil als het ware de virtuele wachtkamer worden, door virtueel/digitale spreekuren mogelijk te gaan maken. Dat gebeurt nu al met de ca. 30 aangesloten specialisten, maar die spreekuren zijn nog via mail en worden nog niet in een besloten behandelrelatie aangeboden. De Telegraaf wil, op termijn, inspringen in de aanstaande significante wijziging in het hoe van het kliniek- en artsbezoek.

### 6.3 Aandachtspunten

De achterban/lezersgroep van de Telegraaf is veel groter (inclusief online ca. 1/3 van alle Nederlanders) dan bij andere kranten en beduidend anders dan die van bijvoorbeeld NRC of Volkskrant (bij de laatste twee gaat het overduidelijk om hoogopgeleide mensen die wat betreft zorg als veel zelfredzamer mogen worden geacht dan bij de Telegraaf het geval is). Daar ziet de Telegraaf dan ook zijn maatschappelijke rol: om de eigen achterban op een hoger plan te tillen als het gaat om rechten, informatie en levensstijl. De Telegraaf lijkt bij zijn achterban een gevoelige snaar getroffen te hebben: de recentelijke lancering (2 november 2013, twee weken voor dat dit interview plaatsvond) heeft nu al geleid tot 800.000 website bezoeken (NB niet bezoekers). De bezoeken laten een afwijkend mediagebruik zien in relatie tot het

mediagebruik van de andere digitale platforms. Het zijn weliswaar iets minder bezoekers dan bijvoorbeeld bij de grote nieuwspijlers (zoals Sport en Entertainment), maar het aantal bezoeken en de bezoekduur ligt gemiddeld een stuk hoger. De bezoeker is dus serieus bezig om zich te informeren; er is kennelijk grote behoefte aan dit type informatie binnen de doelgroep.

#### 6.4 *Bijzonderheden bij Digitaal Zorgplatform*

De Telegraaf is zich zeer bewust van zijn maatschappelijke positie, zijn omvang in de lezersmarkt, en de invloed die het daarmee uitoefent of kan uitoefenen. Deze positie brengt niet alleen voordelen met zich mee. De krant ervaart regelmatig het gevoel onder een vergrootglas te liggen van toezichhouders. De krant moet er goed op letten dat het geen fabrikant in de berichtgeving voortrekt. Ondanks dat de Telegraaf zelf geen therapie of middel aanbiedt, moet zij dus uiterst oplettend zijn als het gaat om bewijslast. Berichtgeving waarvan blijkt dat de claim niet klopt, of berichtgeving waarin de nadruk teveel ligt op een enkele partij, leiden steevast tot forse boetes, opgelegd door toezichthouders.

#### 6.5 *De belangrijkste stakeholders*

- de lezer/patiënt is de doelgroep waarop de informatie zich toespitst, in begrijpelijke taal, met een steuntje in de rug om zelfredzamer te worden.
- de patiëntenvereniging (en daarmee ook de patiënt) kan - met de Telegraaf aan hun zijde - een grotere vuist vormen richting verzekeraar en aanbieders.
- de specialist. Er is een huidige groep van zo'n 30 specialisten gevraagd om mee te werken. Zij krijgen geen vergoeding voor het werk; zichtbaarheid is waar het hen om gaat. De Telegraaf stelt deze groep bovendien in staat om met FAQ's een hogere kwaliteit van antwoorden te geven dan doorgaans op internet. Dit leidt tot meer kwaliteit in de zorginformatie richting patiënten.
- verzekeraars, via mediabureaus hebben een groot bereik en een grote doelgroep, m.a.w. er zijn kansen op meer conversie en retentie. Deze doelgroep is voor hen veel lastiger te bereiken dan voor de Telegraaf.
- beroepsverenigingen kunnen hun producten die ze aanbieden betere vercommercialiseren. Beroepsverenigingen kennen weinig goede commercianten. In ruil voor de hulp krijgt de Telegraaf (hoogwaardige) content en gezag vanuit die verenigingen.
- andere (medische) uitgevers die specialistische content bezitten, maar niet het bereik hebben dat de Telegraaf heeft. Samenwerking kan zowel met gesloten beurzen als via reguliere klant/leverancier relatie.
- overheid – nu nog een indirecte stakeholder- maar door de insteek van vergroten zelfredzaamheid begeeft de Telegraaf zich in dat domein. Vroeg of laat betekent dit dat deze partijen willen of moeten samenwerken. De Telegraaf bedient een doelgroep die zich doorgaans niet veel aan de overheid gelegen laat.

#### 6.6 *Valkuilen*

Valkuilen zijn:

- geboden (achtergrond)informatie niet goed laten aansluiten op de vragen van bezoekers/lezers, waardoor de gidsfunctie niet tot stand komt.
- inhoudelijke medische berichtgeving die niet voorzien is van een medisch stempel (goedgekeurd door een specialist), waardoor onjuiste/onvolledige informatie wordt geboden.

- onafhankelijke positie verliezen door niet duidelijk te zijn over de afzender van informatie binnen het gezondheidsplatform.
- er niet in slagen om de mediabureaus van de toegevoegde waarde van het platform te overtuigen. Daardoor kan een hoop potentiële advertentieomzet mis worden gelopen

#### 6.7 *Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes*

De consumenten route komt het meest in buurt, maar als mediabedrijf richt de Telegraaf zich veel indirecter op de betalende/bepalende drie-eenheid patiënt/aanbieder/verzekeraar via mediabureaus, beroeps- en patiëntenverenigingen. Het huidige verdienmodel is gebaseerd op advertenties en advertorials van zorgverzekeraars maar ook van andere landelijke spelers als energiemaatschappijen. De innovatieroutes voorzien daar nu niet goed in. Dit is niet alleen relevant voor Telegraaf, maar feitelijk dus voor ieder mediabedrijf dat zich op patiënten richt.

## 7 Case 5 – Moet ik naar de dokter?-app

'Moet ik naar de dokter?' is beschikbaar als app voor iPhone en voor mobiele telefoons die draaien op Android, en wordt aangoden door MINDD. De app richt zich op het grote publiek door te helpen bij het beantwoorden van de vraag: 'moet ik naar de dokter of niet'? Dit doet de app door het stellen van vragen over de klachten van de gebruiker. Aan de hand van de gegeven antwoorden bepaalt de app de urgentie van de klachten en adviseert om wel of niet naar de huisarts of de huisartsenpost te gaan. De app geeft ook advies als er geen urgentie is en verwijst dan naar relevante gezondheidsinformatie op [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl).



### 7.1 Wat beoogt: 'Moet ik naar de dokter?'

De motivatie van de initiatiefnemer voor het ontwikkelen van de app was iets te doen aan de alsmaar stijgende vraag naar zorg en daarmee gepaard gaande kosten. In de praktijk en uit onderzoek blijkt dat tot wel 40% van de mensen twijfelt of ze wel of niet naar de dokter moet gaan. Onvermijdelijk betekent dit dat er mensen naar de dokter of huisartsenpost komen zonder dat dit nodig is. De app wil deze mensen helpen bij het maken van een juiste keuze. De app werkt als een online triage, die is gebaseerd op de Nederlandse standaard voor triage voor de spoedzorg (NTS). Door het advies op basis van deze triage kan de gebruiker beter bepalen of een bezoek aan de dokter nodig is. Onnodige consulten kunnen zo worden vermeden. Tegelijkertijd worden gebruikers van de app voorzien van advies over zelfzorg als het niet nodig is naar de dokter te gaan. Door de 'twijfelaars' te helpen een betere keuze te maken kan de juiste zorg op het juiste moment worden aangeboden. De app verwijst overdag naar de eigen huisarts en 's avonds naar dichtstbijzijnde huisartsenpost.

### 7.2 Welke route(s) is (zijn) van toepassing?

De route die aanbieder MINDD van de app *Moet ik naar de dokter?* heeft gevolgd is de consumentenroute. De app wordt rechtstreeks aangeboden aan consumenten via de iTunes store en de Android Market. De initiatiefnemer van de app is de directeur van de Huisartsenpost (HAP) in Apeldoorn. Deze post was vanaf het begin bij de ontwikkeling betrokken.

Op de huisartsenpost (HAP) is een pilot gestart waarin de assistenten met de Nederlandse standaard voor Triage voor de Spoedzorg (NTS) gingen werken. De pilot was een succes en er werd besloten dat de app gebaseerd moest worden op deze standaard. Maar om als triagemiddel praktisch bruikbaar te zijn moest deze standaard eerst omgezet worden begrijpbare taal door een organisatieadviesbureau in de zorg. Vervolgens werd de app gebouwd door een softwarepartij met ervaring in het ontwikkelen van medische apps.

De ontwikkeling is dus gestart met drie partijen, zonder betrokkenheid van de Vereniging van Huisartsenposten of beroepsverenigingen als de Landelijke huisartsen Vereniging (LHV), Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Dit was een bewuste keuze om snelheid in het project te krijgen en te houden. Vroegtijdig betrekken van veel partijen leidt, volgens ervaring van de initiatiefnemer, tot vertraging en stroperigheid. Wel is bij de start een adviesgroep met 'wijze en invloedrijke' personen ingesteld en zijn genoemde verenigingen geïnformeerd over het traject en de app. In de adviesgroep zitten onderzoekers en mensen met invloed en reputatie op

het terrein van eHealth. Middels de adviesgroep werd aan draagvlak gebouwd, zonder het tempo teveel te verlagen.

In het ontwikkeltraject is de app eerst getest op juiste werking en juiste informatie in enkele 'proeftuinen' als een Huisartsenpost en een voetbalclub. Op basis van deze informatie is de app verbeterd en is deze in juni 2012 live gegaan en aangeboden aan de NPCF, die erg enthousiast is. Voor de lancering zijn NHG en LHV geïnformeerd. Vanuit deze partijen is er ook enthousiasme maar ook enige scepsis: waarom deden wij niet eerder mee in het traject?.

De NPCF ziet graag dat de veiligheid van de app wordt onderzocht door gerenommeerde partijen of de app een vergelijkbare urgentie aangeeft als wanneer de patiënt de app niet zo consulteren. Na enig overleg heeft de NHG zich bij het onderzoek aangesloten en is mede verantwoordelijk voor de inhoud en wijzigingen die de goedkeuring van NHG nodig hebben.

Een belangrijke en kostbare stap in de ontwikkeling van de app was het verkrijgen van een CE-markering. Vanuit juridische hoek wordt gesuggereerd dat medische apps eigenlijk medische hulpmiddelen zijn en daarom een CE-markering nodig hebben om gebruikt te mogen worden. MINDD heeft voor de app uiteindelijk de lichtste vorm van CE-markering gekregen. Deze is gebaseerd op een self-assessment: de ontwikkelaar heeft zichzelf een keurmerk gegeven en geeft dit op bij de inspectie. Dit is veel werk en is samen met een consultant gedaan. De app *Moet ik naar de dokter?* is, voor zover bekend, de eerste medische app in NL die een CE-markering heeft.

Voor het financieren van de ontwikkeling van de app is initieel ruimte gevonden binnen het budget van de HAP. Verder is bijgedragen door het organisatieadviesbureau en heeft een facilitair bureau, dat de eerste lijn ondersteunt, meegefinancierd. De totale ontwikkeling heeft tot nu toe zeker 175k€ gekost. Dit komt o.a. door de hoge juridische kosten en de kosten voor het verkrijgen van de CE-markering (circa 30k€). Daarnaast was er ook geld nodig voor eigen onderzoek, voor het ombouwen van NTS naar begrijpbare taal en voor het bouwen van de app. Er is een BV opgericht om de app in de store te brengen. De app staat op dit moment in de store voor €0,89 en is circa 50.000 keer gedownload. Dit is weliswaar geen hoog bedrag maar toch een drempel omdat niet iedereen een betaalrelatie met een app store heeft of wil. Het bedrag is laag gehouden omdat de initiatiefnemers niet de intentie hebben om er veel geld mee te verdienen. De stichting MINDD is opgericht voor de verdere ontwikkeling van de app.

Naast de urgentiemeting is er ook een effectmeting noodzakelijk, bijvoorbeeld naar het effect op het percentage twijfelaars en naar het voorkomen van onnodig doktersbezoek (kostenreductie in de zorg). In het samenwerkingscontract met NHG is afgesproken dat de app door een onafhankelijke partij te laten valideren en daarnaast een effectmeting te laten uitvoeren. Het beste zou zijn dit te doen met een dubbele triage, dus zowel via de app als, onafhankelijk daarvan, via bijvoorbeeld de assistente op de HAP en dan de conclusies vergelijken.

MINDD heeft geld (77k€) gekregen uit het innovatiefonds van Achmea, daarvan is 55k€ voor de effectmeting (de rest voor validatie). Ook is er extra geld van Achmea voor de HAP voor de doorontwikkeling van de app. Ook is MINDD door VGZ benaderd om in een proeftuin een grootschalig effectmeting te doen. Echter, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vindt dat dit onderzoek pre-concurrentieel moest gebeuren want een app is van algemeen belang en dient door een overkoepelend niveau te worden getoetst en breed beschikbaar te komen.

Er is ook belangstelling vanuit het ministerie van VWS om de app te steunen. VWS financiert geen particuliere initiatieven maar kan wel druk uitoefenen op ZN om die te ondersteunen. ZN wil echter eerst een effectmeting voordat zij geld ter beschikking stellen voor doorontwikkeling. Stilstand geldt voor een medische app echter als achteruitgang. Effectmeting en doorontwikkeling zullen parallel moeten lopen. Er is al snel 150k€-200k€ nodig voor doorontwikkeling en effectmeting. En het praktisch realiseren van afspraken met ZN voor de komende jaren bleek vervolgens lastig.

MINDD ziet de verdere ontwikkeling van de app en de verbinding met de bestaande processen rondom zorg in de vorm van twee diensten:

1. Mag ik afspreken? Een digitale koppeling van de app met de agenda van de huisarts om direct een afspraak te kunnen boeken als de app adviseert naar de huisarts te gaan. De huisarts geeft daarvoor in zijn agenda blokken aan om te kunnen boeken en dit wordt zichtbaar voor de patiënt. De triage in de app wordt gelijk meegestuurd naar de assistente en zij beslist over het door laten gaan of afzeggen van de afspraak. Huisartsen zijn huiverig voor rechtstreeks afspraken boeken door patiënten in hun agenda door het ontbreken van een triage (moet ik naar de dokter?). Door de koppeling met de app is triage nu wel mogelijk.
2. Mag ik meekijken? Beelschermzorg waarmee een assistente van huisarts of huisartsenpost mee kan kijken via de camera van de iPhone of iPad van de patiënt. De triage zal verbeteren met een mogelijkheid voor visuele inspectie op afstand door de assistente

Met deze nieuwe diensten wil MINDD geld verdienen – per huisarts en huisartsenpost. MINDD verkoopt een licentie om het geheel te kunnen financieren en de app gratis te houden, met het doel om de financiering te verleggen naar de aanbidersroute.

### 7.3 Aandachtspunten

- ‘Verzin en begin’... maar zorg dat je geld hebt om te starten.
- Betrekken van partijen is cruciaal voor draagvlak maar kan de ontwikkeling ook vertragen. Door een adviesgroep in te richten met relevante stakeholders en ambassadeurs kan draagvlak worden gecreëerd zonder al te veel stroperigheid in het project.
- Testen of piloten van een nieuwe toepassing in een *proeftuin* is van belang om de praktische bruikbaarheid en meerwaarde te toetsen en te verbeteren.
- Voor een medische app kan een CE-markering noodzakelijk zijn. Het verkrijgen van een CE-markering is een tijdsintensief en kostbaar proces.
- Als aanbieder partij kunnen verschillende rechtsvormen overwogen worden. Natuurlijk een BV maar afhankelijk van de doelstelling kan mogelijk een Stichting beter passen.

### 7.4 Bijzonderheden bij *Moet ik naar de dokter?*

*Moet ik naar de dokter?* heeft de Health App Award 2013 gewonnen. Inmiddels is de app al ruim 50.000 keer gedownload. Ondanks dit succes wegen de inkomsten die via de consumentenroute verkregen worden (€0,89 per download) lang niet op tegen de kosten van de (door)ontwikkeling van de app. Daarvoor zijn andere inkomstenbronnen nodig die MINDD met de diensten *Mag ik afspreken?* en *Mag ik meekijken?* via de aanbidersroute bij huisartsen en huisartsenposten hoopt te vinden.

### 7.5 *De belangrijkste stakeholders vanuit MINDD gezien*

- zorgconsument / patiënt geeft praktisch advies, in begrijpelijke taal, om twijfel weg te nemen over de urgentie van klachten en de noodzaak van doktersbezoek.
- huisartsenpost is een aanvullend middel voor triage dat patiënten zelf kunnen gebruiken en mogelijk de druk op de huisartsenpost kan verlagen
- een organisatieadviesbureau heeft de mogelijkheid om bestaande ervaring met professioneel gebruik van NTS om te zetten naar een consumentenvariant.
- een medische app ontwikkelaar die nauw betrokken is bij de doorontwikkelingen en verbeteringen van bestaande en nieuwe apps van MINDD.
- de patiëntenvereniging (NPCF). Het is een app die echt bedoeld is voor patiënten. Voor NPCF is het belangrijk dat de app veilig is en de urgentie van klachten niet wordt onderschat.
- verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland hebben belang bij versterken van zelfmanagement van zorgconsumenten en verlagen van zorgkosten.
- verschillende beroepsverenigingen (NHG, LHV, Vereniging van Huisartsenposten) willen betrokkenheid bij - en invloed op - de inhoud van medische apps vanuit hun expertise.
- de overheid (VWS) heeft belang bij zelfmanagement van patiënten, reductie van zorgkosten en verminderen van het (onnodig) beroep op professionele eerstelijns zorg.

### 7.6 *Valkuilen*

- Snelheid van ontwikkeling kan botsen met de wens om eerste effectmetingen te doen. Voor de duurzame levensvatbaarheid van de app moeten doorontwikkeling, validatie en effectmetingen parallel uitgevoerd worden.
- Veiligheid van een medische app moet gewaarborgd zijn. Zonder waarborgen voor de veiligheid van de app, bijvoorbeeld door een beroepsvereniging mede verantwoordelijk te laten zijn voor de inhoud, is er geen draagvlak onder relevante stakeholders.

### 7.7 *Nieuwe inzichten ten aanzien van de innovatieroutes*

Het blijkt noodzakelijk om naast de consumentenroute ook andere innovatieroutes te bewandelen. In het geval van de Moet ik naar de dokter? app is vanaf het begin een zorgaanbieder als medefinancier opgetreden en later een verzekeraar. Voor een sluitende toekomstige exploitatie van Moet ik naar de dokter? werkt men aan complementaire dienstverlening via de aanbiedersroute.

## 8 Overkoepelende conclusies ten aanzien van de SomeHealth innovatieroutes

In het algemeen kunnen we stellen dat de vijf cases de aanwezigheid van zowel de aanbiedersroute als de verzekeraarsroute als de consumentenroute als zodanig bevestigen. Ze worden in de cases herkend en erkend. De overheidsroute komt bij de bekeken innovaties nauwelijks aan de orde. Bij de case BP&Home van MobiHealth betalen patiënten soms voor het systeem en er zijn herkenningpunten ten aanzien van de overheidsroute.

Tegelijk mag op basis van de cases ook worden geconstateerd dat de routes elkaar niet uitsluiten en dat er een zekere mate van volgordelijkheid van routes kan zijn. Als de ene route na verloop van tijd geen resultaat oplevert, wordt een andere route bewandeld tot dat wel succes oplevert. En regelmatig worden voor financiering van eHealth innovaties meerdere routes tegelijk bewandeld en worden uiteindelijke eHealth diensten en producten via meerdere kanalen en verdienmodellen geëxploiteerd.

Tevens blijkt dat er ook een combinatie van routes tegelijkertijd kan plaatsvinden, zoals blijkt uit het Digitale Platform van de Telegraaf, waarbij patiënt, aanbieder en verzekeraar als een eenheid dienen te worden benaderd.

Wat niet zozeer in de case studie beschrijving aan de orde is gekomen, maar wel vermeldenswaardig is, is dat alle geïnterviewden het leuk vonden om deze overzichtelijke innovatieroutes gepresenteerd te krijgen. Het zette ze opnieuw aan het denken over hoe ze de voorgaande jaren gehandeld hebben en het leidde tot inspirerende interviewgesprekken.

### 8.1 Aanbevelingen ten aanzien van de SomeHealth innovatieroutes

Onder de streep denken we, op basis van de vijf cases, dat de innovatieroutes een nuttige verrijking kunnen zijn voor eHealth-ondernemers. Ze kunnen op basis van de routes valkuilen omzeilen en beter doorzien welke stappen ze moeten zetten om tot succes te komen. Wel kunnen er nog verbeteringen worden aangebracht:

- De rol van de overheid t.a.v. zorgverzekeraars is niet compleet weergegeven: de overheid bewaakt richting zorgverzekeraars niet alleen kwaliteit en veiligheid en wat er vergoed wordt. Maar de overheid probeert ook via subsidietrajecten, voorlichting, en zorgverzekeraars ergens aandacht voor te vragen, te lobbyen, voor specifiek beleid dat verzekeraars vanuit hun (op afstand van de overheid geplaatste) rol niet zomaar adopteren. Ondernemers kunnen hier op meeliften. Verzekeraars zijn dus niet alleen een eindpunt van een route, maar kunnen eveneens het startpunt voor de innovatie zijn.
- De actoren in de verschillende routes zouden nog een niveau dieper moeten worden uitgewerkt. Bij ziekenhuizen en klinieken zou er bijvoorbeeld onderscheid moeten worden gemaakt tussen de raad van bestuur, die meer let op de visie van de ondernemer, de specialisten, die letten op de medische winst, en het middle management, dat meer geïnteresseerd is in financiën, operationele vraagstukken en juridisch zaken.
- Naast de vier geschetste innovatieroutes en verdienmodellen kan ook het advertentiemodel van toepassing zijn, zeker als het om combinaties van eHealth en media toepassingen gaat.
- Toepassing van de innovatieroutes is zelden of het ene of het andere pad, maar vaak een combinatie van meerdere paden.

- Probeer een combinatie van wetenschappelijk bewijs/medewerking, commerciële aanpak en zorgverleners te betrekken zodat het uitrollen van de innovatie beter kan gaan verlopen.
- Onderzoek of er extra vereisten zijn (bijvoorbeeld CE-markering) om de innovatie te kunnen uitrollen.
- Door verschillen in de 1<sup>ste</sup>, 2<sup>de</sup> en 3<sup>de</sup> lijns gezondheidszorg kan semi-maatwerk van de innovatie noodzakelijk zijn.

## 8.2 Aanbevelingen vanuit de cases aan (startende) eHealth ondernemers

Als je niet direct de consument benadert, maar wil werken via zorgverzekeraars:

- Betrek zorgverzekeraars in een zo vroeg mogelijk stadium, maar.....
- ...klop als ondernemer nooit in je eentje aan bij een zorgverzekeraar. Neem altijd minimaal een zorgaanbieder mee die achter je product staat en bewezen praktijkervaring heeft.
- Vertel niet alleen maar een mooi verhaal bij zorgverzekeraars. Je moet je focussen op inkoop, en die met wetenschappelijke bewijslast overtuigen. De tijden van alleen een goed verhaal hebben zijn voorbij.

Als je ziekenhuizen benadert:

- richt je op meerdere stakeholders, niet alleen de raad van bestuur. Bij de raad van bestuur richt je je op de visionaire kant, bij specialisten op de medische kant, bij het middle-management op financiën, operationele vraagstukken en juridisch partijen. Sla geen van de voornoemde partijen over.

Als je maatschappen benadert:

- deze investeren makkelijker in iets dat elke maat kan gebruiken. Probeer de hele maatschap enthousiast krijgen, één maat is mogelijk onvoldoende.

Als je een investeerder of investeringsmaatschappij benadert:

- Kies een beperkt scope van de technologie. Er moet focus in zitten. Alleen zo lukt het de propositie overtuigend te maken en de juiste partijen te kunnen betrekken.

Als je de beroepsgroep wil betrekken:

- Onderschat de weerstand bij een beroepsgroep niet bij de innovatie. Er is een overtuigend verhaal nodig dat liefst ook de voordelen en kansen voor de beroepsgroep duidelijk maakt. Tegelijkertijd zijn de beroeps- of brancheverenigingen nodig richting NZa.

Als je nadenkt over je verdienmodel:

- Er leiden meerdere wegen naar Rome; de innovatieroutes kunnen vaak *na* en *naast* elkaar bestaan.

In het algemeen geldt:

- Begin klein, bouw uit, en kijk om je heen hoe anderen het doen (ook buiten je eigen gebied). Doe uitgebreid desk research, er is al veel bedacht of geprobeerd of zelfs beschikbaar in het

buitenland. De bewijslast en ervaring die daar verzameld zijn, kun je ook hier weer inzetten. Vindt het wiel dus niet opnieuw uit.

- Zet een proeftuin op om praktische bruikbaarheid en de meerwaarde te onderzoeken en gebruik deze informatie om stakeholders te overtuigen.

## 9 Referenties

- Haaker, T., Bodestaff, L., Menko, R., Visser, S., Prins, H., Krediet, I., Hettinga, M. & Janssen, R. (2013). Inventarisatie eHealth innovatieroutes en evidence (SomeHealth deliverable D1). Zwolle: Windesheim. <http://www.somehealth.nl/wp-content/uploads/2013/04/Succesvol-ondernemen-met-eHealth-D1-versie-2.0-2013-04-18.pdf>.
- Janssen, R., de Haan, W., Haaker, T., Bodestaff, L., Visser, S., Menko, R., Prins, H., Krediet, I., & Hettinga, M. (2013). Rapportage casestudies (SomeHealth deliverable D2). Zwolle: Windesheim. <http://www.somehealth.nl/wp-content/uploads/2013/12/Succesvol-ondernemen-met-eHealth-D2-versie-1.0-2013-12-16.pdf>.
- Hettinga, M., Haaker, T. & Schwieter, H. (2011). Succesvol ondernemen met eHealth. Ontwikkelen van een aanpak voor evidence based eHealth. Zwolle: Windesheim.

## Bijlage A: Introductiebrief

De vragenlijsten werden verstuurd samen met een introductiebrief en een overzicht van de vier innovatieroutes.

Tekst introductiebrief:

Beste .....,

Novay voert samen met hogeschool Windesheim (Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg) het SomeHealth project (Succesvol innOveren Met eHealth) uit, samen met stakeholders in het eHealthdomein. SomeHealth probeert een systematische aanpak te ontwikkelen om het eHealth-innovatieproces te versnellen. Einddoel is dat eHealth gemakkelijker een structurele invoering kan krijgen in de reguliere zorg. We naderen het einde van het project.

Er is veel werk verricht in termen van het duiden van innovatieroutes voor eHealth, fact sheets met tips en tricks, fact sheets die iets zeggen over hoe je stakeholders als verzekeraars, zorgaanbieders, etc. kunt overtuigen. Voor beschikbare resultaten zie <http://www.somehealth.nl/>. In de eindfase willen we iets aan validatie doen door 'bewezen' succesvolle cases te analyseren en de SOME inzichten daaraan toetsen. Uit deze case studies willen we ook wat illustratie halen voor de gevonden – soms wat theoretische – inzichten.

Hartelijk dank dat u met <case x> hier aan wil meedoen. We zijn vooral geïnteresseerd in de vraag hoe jullie gekomen zijn tot waar jullie nu staan, de gevolgde innovatieroute van begin tot eind (de marsroute door het innovatielandschap zagezegd). Typische vragen daarbij: welke route(s) heb je gevolgd, welke stakeholders zijn betrokken, wat waren hun belangen bij de innovatie, en met welke argumenten en bewijslast zijn zij overtuigd. Ter voorbereiding hieronder alvast een overzicht van de soort vragen die ik wil stellen en een de bijlage (een presentatie) met de verschillende innovatieroutes waar ik aan zal refereren.

Het tijdsbeslag is ca. 2,5 uur: het interview van circa 1,5 uur, inlezen 1/2 uur en het toetsen van de deelrapportage (2 A4) 1/2 uur. We zien elkaar <datum> om <tijd> uur .

## **Bijlage B: Vragenlijst voor half open half gestructureerd interview**

Service / product Innovatie:

- Wat wordt beoogd met de innovatie?
  - Wat doet de dienst of het product specifiek?
  - Voor wie is de dienst of het product bedoeld (doelgroep)?
  - Welke waarde beoogt de dienst voor de klanten / gebruikers te creëren?
  - Wie betaalt (verwachting)?

Innovatieroute:

- Welk van de onderstaande routes is gevold (zie bijlage):
  - Commerciële route
  - Aanbiedersroute
  - Verzekeraarsroute
  - Overheidsroute

Stakeholders:

- Welke zijn cruciaal, en met welke heb je al contact?
- Wie kunnen er nog meer interesse hebben? (draagvlak!)
- Welke concrete stappen zijn gezet en met welke stakeholders?

Belangen:

- Wat waren de belangen van de stakeholders bij de innovatie?
- Waren er nog andere stakeholders?

Argumenten en evidence:

- Met welke argumenten en evidence zijn zij wel / niet overtuigd?
- Wat vond men goed aan de gevolgde aanpak?
- Welke overwegingen had men hierbij?
- Wat zou men (terugkijkend) anders aanpakken?
- Wat werkte wel/niet, welke aandachtspunten of valkuilen of welke succes- en faalfactoren volgen hieruit?

SomeHealth:

- Hoe komt dat overeen met de aanbevelingen van SOME?