



Rapportage casestudies

Succesvol ondernemen met eHealth
Deliverable 2, versie 1.0

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

Ruud Janssen, Willem de Haan, Timber Haaker, Lianne Bodenstaff,
Sikke Visser, Robbert Menko, Hilco Prins, Irene Krediet, Marike Hettinga

Synopsis

In het project *Succesvol ondernemen met eHealth* wordt gewerkt aan effectieve, hanteerbare en geaccepteerde benaderingen voor het realiseren van evidence 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 evidence) 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 van eHealth ondernemers centraal: welke routes volgen zij, welke stakeholders proberen zij te overtuigen, en met welke bewijslast doen ze dat? De ervaringen van eHealth ondernemers zijn hiertoe verzameld door middel van een reeks casestudies. De reeks viel uiteen in vier onderdelen: *deep dives*, *hoor en wederhoor*, *action research*, en *good practices*. De resultaten van deze vier onderdelen worden in dit rapport achtereenvolgens gerapporteerd, waarna wordt afgesloten met enkele overkoepelende conclusies.

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
Auteur(s) : - Ruud Janssen
- Willem de Haan
- Timber Haaker
- Lianne Bodestaff
- Sikke Visser
- Robbert Menko
- Hilco Prins
- Irene Krediet
- Marike Hettinga
Projectnaam : Succesvol ondernemen met eHealth
Versie : 1.0
Status : Definitief
Toegangsrechten : Publiek
Betrokken partijen : Windesheim, Novay

December 2013

Versiehistorie

Versie	Datum	Persoon	Wijziging
0.1	18-07-2013	Ruud	Initiële versie op basis van de onderdelen 'deep dives', 'hoor en wederhoor', en 'action research'
0.2	19-08-2013	Ruud	Samenvatting TeleEpilepsie casus toegevoegd aan het onderdeel 'action research'
0.3	14-10-2013	Ruud	Ontwikkelingen in DiMove en Dieetinzicht cases verwerkt in het onderdeel 'action research'
0.4	12-11-2013	Irene, Ruud	Review gevolgd door doorvoeren aanbevelingen
0.5	06-12-2013	Ruud	Conclusies toegevoegd aan het onderdeel 'action research'
1.0	16-12-2013	Ruud	Samenvatting van het onderdeel 'good practices' toegevoegd

Inhoudsopgave

1	INLEIDING	7
2	LIJST VAN ONDERZOCHE CASES	8
3	DEEP DIVES: PRAKTIJKERVARINGEN VAN EHEALTH ONDERNEMERS	11
3.1	Doelstelling en aanpak	11
3.2	Resultaten	11
3.3	Discussie	18
3.4	Conclusies	20
4	HOOR EN WEDERHOOR: LEREN VAN AANMELDINGEN BIJ DE ACHMEA ZORGINNOVATIEDESK	21
4.1	Doelstelling en aanpak	21
4.2	Resultaten: indrukken en overwegingen vanuit de beide perspectieven	22
4.3	Resultaten: toetsingskader voor eHealth toepassingen	23
4.4	Discussie	23
4.5	Conclusies	24
5	ACTION RESEARCH: TOEPASSEN EN AANSCHERPEN VAN DE VERKREGEN INZICHTEN	27
5.1	Doelstelling en aanpak	27
5.2	Casus 1: DiMove	27
5.2.1	Aanpak	28
5.2.2	Opgedane inzichten	28
5.2.3	Afsluiting van de casus	29
5.3	Casus 2: Dieetinzicht	30
5.3.1	Aanpak	30
5.3.2	Opgedane inzichten	31
5.3.3	Afsluiting van de casus	32
5.4	Casus 3: TeleEpilepsie	32
5.4.1	Aanpak	32
5.4.2	Opgedane inzichten	33
5.4.1	Afsluiting van de casus	33
5.5	Discussie en conclusie	34
6	GOOD PRACTICES: LEREN VAN “BEWEZEN” SUCCES	35
6.1	Doelstelling	35
6.2	Aanbevelingen ten aanzien van de SomeHealth innovatieroutes	35
6.3	Aanbevelingen vanuit de cases aan (startende) eHealth ondernemers	36
7	AANBEVELINGEN EN CONCLUSIES	38

8	REFERENTIES	40
	BIJLAGE A: CASESTUDIE AANMELDINGSFORMULIER	41
	BIJLAGE B: DEEP DIVE INTERVIEW PROTOCOL	42

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 bewijslast (geloofwaardige en/of onderbouwde argumenten) die aansluit 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.

In het voor u liggende rapport staan de praktijkervaringen van eHealth ondernemers centraal: welke routes volgen zij, welke stakeholders proberen zij te overtuigen, en met welke bewijslast doen ze dat? De ervaringen van eHealth ondernemers zijn hiertoe verzameld door middel van een reeks casestudies. De reeks viel uiteen in vier onderdelen:

- *Deep dives*: Met zeven ondernemers zijn in de zomer en het najaar van 2012 diepte-interviews gehouden (met één van hen tweemaal) om de door hen afgelegde routes te reconstrueren. Hierbij werd in het bijzonder ingegaan op de bewijslast die onderweg door hen is verzameld, en in hoeverre zij dit wisten te benutten om stakeholders te overtuigen.
- *Hoor en wederhoor*: Na een oproep hiertoe, hebben drie ondernemers hun innovatie in het najaar van 2012 aangemeld bij de Achmea Zorginnovatie Desk. Het journalistieke principe van hoor en wederhoor is toegepast om hun ervaringen gedurende dit traject - en tevens die van de Achmea medewerkers - te documenteren.
- *Action research*: De innovaties van twee ondernemers en van een universitair medisch centrum zijn in het voorjaar van 2013 geselecteerd voor een vervolg waarin de onderzoekers een actieve rol hebben gespeeld (o.a. bij het verhelderen van mogelijke innovatieroutes, belangen van stakeholders, en beoordelingscriteria voor bewijslast). Validatie en aanscherping van de eerder opgedane inzichten stonden hierbij centraal.
- *Good practices*: Ondanks de rijkheid van de voorgaande casestudies, 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 onderdeel is het najaar van 2013 door middel van een combinatie van desk research en interviews uitgevoerd voor vijf succesvolle cases.

In dit rapport doen we verslag van deze vier achtereenvolgende onderdelen. We inventariseren de gevolgde routes en de verzamelde bewijslast, identificeren knelpunten en aandachtspunten, en vatten de belangrijkste geleerde lessen per onderdeel samen. We sluiten het rapport af met een puntsgewijze opsomming van de belangrijkste inzichten en conclusies.

2 Lijst van onderzochte cases

Sensemedic (Evalan)

Sensemedic is een medicijndoosje dat u ondersteunt bij de inname van uw geneesmiddelen. Als u uw geneesmiddelen vergeet, herinnert Sensemedic u per sms. Zie <http://real.evalan.com/sensemedic/>.

Elektronisch cliëntendossier (Be4Care)

Be4Care focust zich op het verbeteren en optimaal inzetten van ICT binnen de gezondheidszorg. Het opstellen van ICT-beleidsplannen, het geven van onafhankelijk advies bij software-selectietrajecten en het beveiligen en monitoren van informatie (NEN-normering) behoren tot de expertise. Kortom BE4CARE adviseert als neutrale partner over ICT-beleid en ICT-producten, maar is ook in staat complete zorgsystemen te selecteren en te implementeren. (De activiteiten van Be4Care zijn inmiddels beëindigd.)

ViPSS (Valetudo Interpres)

Het ViPSS is een ondersteuningssysteem voor arts en patiënt om communicatieproblemen tussen arts en patiënt tot een minimum te beperken en de diagnose te verbeteren. Het ViPSS kent drie modules: vertalen, hulp bij diagnose stellen, en medicijnen. De database van het ViPSS bevat de meeste beschreven ziekten uit de ICD-10 Reeks beschreven door de WHO (World Health Organization) en tevens alle medicatie zoals zelfzorgmedicijnen en medicijnen op recept. Zie

http://www.valetudointerpres.com/nl/Medisch_Expertsysteem_valetudo_interpres.

Dieetinzicht (Bonstato)

Bij diverse chronische aandoeningen is voeding belangrijk. Op www.dieetinzicht.nl kunnen patiënten/cliënten hun voedingspatroon in kaart brengen en gericht zoeken naar voedingsproducten en recepten, die passen binnen geadviseerde voedingsadviezen. Voor gezonde mensen die preventief en bewust controle willen houden over hun leefstijl helpt Dieetinzicht om het voedingspatroon in kaart te brengen en bewust keuzes te maken met betrekking tot voedingsproducten. Zie <http://www.dieetinzicht.nl>.

MeXtra (SymaX)

MeXtra is een eHealth dossier en ondersteuningsplan. Professionals, cliënten, burgers, kortom iedereen die betrokken is in het zorgproces kan een rol krijgen in MeXtra en zijn/haar eigen voortgang vastleggen. Het werkt voor zorgaanbieders, cliënten, ouders, sociale wijkteams en veel meer. Zie

<http://www.symax.nl/>.

Online oefentherapie (EvoCare)

Zelfmanagement, intensiever oefenen en hogere therapietrouw aan een behandelplan zijn de uitgangspunten voor het Evocare systeem. Het behandelproces ligt aan de basis en de technologie helpt de therapeut en patiënt voor een meer adequate en/of doelmatiger inzet van hun tijd. Door een slimme combinatie van communicatiemiddelen en IT zorgt Evocare ervoor dat de klinische behandeling, thuis of op het werk voortgezet kan worden onder supervisie van de therapeut. Zie <http://nl-evocare.com/>.

Zorgcontrole centrum (Vos Projectadvies Gezondheidszorg)

Gezondheidszorg 2.0 komt in volle vaart op de huisartsenpraktijk af. Het praktijkproces is hiervoor nog niet ingericht. Het Zorgcontrolecentrum, ofwel ZCC, is een multifunctioneel platform, waarin alle eHealth

modules in samenhang worden ondergebracht. Vanuit deze 'cockpit' worden de verschillende zorgprocessen binnen de praktijk bestuurd, zoals het monitoren van chronische patiëntengroepen, teleconsult en een online adviesmodule voor de consultatie van specialisten. (Vos PAG heeft de activiteiten rond het ZCC inmiddels beëindigd.)

DiMove (Evalan)

DiMove staat voor Digitale Medicatie Ondersteuning Voor Epilepsie. DiMove helpt u bij het beheersen van uw epilepsie. Met DiMove kunt u: uw eigen medicijngebruik volgen; per sms herinnerd worden als u uw medicijnen vergeet; via uw eigen DiMove internet account in een dagboek uw aanvallen registreren. Zie <http://www.dimove.com/>.

TeleEpilepsie (UMC Utrecht)

Een betrouwbaar detectiesysteem kan de veiligheid en de zorg van patiënten met nachtelijke epileptische aanvallen verbeteren. Door epilepsiecentrum Kempenhaeghe, Stichting Epilepsie Instellingen Nederland en het Universitair Medisch Centrum Utrecht wordt gezamenlijk zo'n systeem ontwikkeld. Er wordt een optimaal detectiealgoritme ontwikkeld, dat is gebaseerd op de detectie van beweging, hartslag en geluid. Zie <http://www.umcutrecht.nl/onderwijs/nieuws/2010/05/nieuwe-opsporing-epilepsieaanval.htm>.

BP@Home (MobiHealth)

BP@Home biedt, met de beste bloeddrukmeters ter wereld, de mogelijkheid om thuis uw bloeddruk te meten en de gegevens via internet te versturen naar uw zorgprofessional. Gegevens reizen, u blijft thuis. Zie <http://www.bpathome.com>.

ZWIP (prototops)

Het ZWIP staat voor Zorg- en WelzijnsInfoPortaal. Het ZWIP faciliteert en ondersteunt het zorgproces voor met name kwetsbare ouderen. Het ZWIP fungeert als een digitale overlegtafel; via het ZWIP wisselen zorgprofessionals onderling veilig en snel actuele zorg- en welzijnsinformatie uit. Het ZWIP brengt daarmee zorgprofessionals rondom een oudere in een virtuele omgeving bij elkaar en bevordert zo multidisciplinaire samenwerking. Het ZWIP bevat een digitaal multidisciplinair zorgplan (NHG-conform); het ondersteunt het fysieke en/of digitale MDO; en het versterkt de rol van case manager of (zorg-)coördinator. Zie <http://www.zwip.nl/>.

TinyEYE (TinyEYE)

TinyEYE is een online software programma voor logopedisten en hun cliënten. In TinyEYE zitten meer dan 180 logopedische oefenspellen die gespeeld kunnen worden door de logopedist en de cliënt. De oefenspellen worden online gespeeld via een beveiligde beeld- en geluid internetverbinding. De oefenspellen kunnen ook side-by-side in de praktijk gespeeld worden. Daarnaast bevat TinyEYE een online beschikbare huiswerkmodule voor kinderen, waardoor zij beschikken over hoogwaardige logopedische oefenspellen die ze thuis kunnen spelen en op deze manier intensief kunnen oefenen. Zie <http://www.tinyeye.nl/>.

Digitale Zorgplatform (Telegraaf)

De Telegraaf presenteert een nieuw zorgplatform: [Telegraaf.nl/gezondheid](http://www.telegraaf.nl/gezondheid). Dit platform biedt u het meest actuele nieuws, uitgebreide dossiers, blogs en een digitaal spreekuur. Zo hoeft u niet meer met uw vraag talloze sites te bezoeken, maar kunt u deze rechtstreeks stellen aan één van onze specialisten. Betrouwbaar, persoonlijk en veel makkelijker. Zie <http://www.telegraaf.nl/gezondheid>.

Moet ik naar de dokter? (MINDD)

Iedereen twijfelt wel eens of een bezoek aan de huisarts nodig is. Vaak neemt men dan het zekere voor het onzekere en belt of gaat toch. Met de app Moet ik naar de dokter? kunnen mensen zelf beoordelen óf en zo ja, wanneer het nodig is om een huisarts te raadplegen. De app geeft aan wat men zelf kan doen om de klachten te verlichten en in welke gevallen men alsnog de dokter moet bellen. Men krijgt een deskundig en eerlijk advies en is zo verzekerd van de beste zorg, op het juiste moment door de juiste zorgverlener. Zie: <http://www.moetiknaardedokter.nl/>.

3 Diep dives: praktijkervaringen van eHealth ondernemers

In het voorjaar van 2012 zijn alle deelnemende ondernemers in het SomeHealth project benaderd om hun innovatie middels een formulier aan te melden voor een verdiepend onderzoek door middel van casestudies. Dit heeft geleid tot acht aanmeldingen, van zeven ondernemers. Met deze zeven ondernemers zijn in de zomer en het najaar van 2012 diepte-interviews ('deep dives') gehouden - met één van hen tweemaal - om de door hen afgelegde routes te reconstrueren. Hierbij werd in het bijzonder ingegaan op de bewijslast die onderweg is verzameld, en in hoeverre zij dit wisten te benutten om stakeholders te overtuigen.

3.1 Doelstelling en aanpak

Elke deep dive bestond uit een semi-gestructureerd diepte-interview met een eHealth ondernemer met als doel om:

- de route te reconstrueren die de ondernemer tot op dat moment had afgelegd om zijn of haar innovatie structureel ingebed te krijgen in de zorg;
- te identificeren welke stakeholders de ondernemer daarbij had weten te betrekken, en wat de belangen van deze partijen waren bij de innovatie;
- te inventariseren welke bewijslast onderweg was verzameld, hoe dit was aangepakt, en in hoeverre dit werd benut om stakeholders te overtuigen.

De ondernemers zijn geïnterviewd aan de hand van een van te voren opgesteld interview protocol. Dit gebeurde op Hogeschool Windesheim, door één of twee onderzoekers, en duurde gemiddeld twee uur. Van de interviews werden verslagen gemaakt die ter beoordeling, correctie en aanvulling aan de geïnterviewden zijn voorgelegd.

Bijlagen A en B bevatten het casestudie aanmeldingsformulier en het gevolgde interview protocol. De interviewverslagen zijn desgewenst op te vragen bij het Lectoraat ICT-innovaties in de Zorg.

3.2 Resultaten

Tabel 1 bevat een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de aangemelde cases. De cases representeren een brede variatie aan eHealth toepassingen (elektronisch consult, telemonitoring, telebehandeling, en elektronische dossiervorming) en domeinen (cure, care, en preventie). Alle cases betreffen niet-zorginhoudelijke innovaties (waarbij alleen de aanbiedingsvorm van de zorg verandert), dit in tegenstelling tot zorginhoudelijke innovaties (waarbij de toepassing leidt tot nieuwe zorg die nog niet wordt aangeboden en vergoed). Vrijwel alle toepassingen bevinden zich in latere ontwikkelingsstadia: de pilotfase (waarin een beperkt aantal gebruikers een toepassing in de eigen dagelijkse praktijk probeert) en de uitrolfase (waarin een toepassing structureel wordt ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk).

De geïnterviewde ondernemers volgden hoofdzakelijk de aanbiedersroute (waarbij een toepassing rechtstreeks wordt aangeboden aan de zorgaanbieder) of de verzekeraarsroute (waarbij een toepassing onderdeel wordt van zorg die al wordt aangeboden en vergoed). In het eerste geval is de zorgaanbieder de belangrijkste stakeholder, in het tweede geval zijn dit de zorgaanbieder én de zorgverzekeraar. Voor een toelichting op deze routes, zie *Inventarisatie eHealth innovatieroutes en evidence*. (Haaker et al., 2013). Uit de verhalen van de ondernemers bleek overigens dat de door hen gevolgde route op voorhand vaak niet duidelijk was en uiteindelijk tot stand kwam op basis van 'trial and error'.

Tabel 1: De belangrijkste kenmerken van de aangemelde cases.

Bedrijf en toepassing	eHealth type	Innovatie fase	Domein	Zorginh. innovatie	Innovatie-route	Stakeholders	Beoogde impact	Verzamelde bewijslast	Betrokken partijen
Evalan SenseMedic	tele-monitoring	uitrol	care, preventie (tertiair)	nee	verzekeraars-route	zorgaanbieder, zorgverzekeraar	kosten-efficiëntie	RCT, BC	RCT door onderzoeksinstituut, BC door zorgverzekeraar
Be4Care ECD	elektr. dossier-vorming	uitrol	care	nee	aanbieders-route	zorgaanbieder	kosten-efficiëntie	-	-
Valetudo VIPSS & Vertaalkaart	elektr. consult	pilot	cure	nee	verzekeraars-route, consumenten-route	zorgaanbieder, zorgverzekeraar	effectiviteit	-	-
Bonstato Dieetinzicht & Mijnnierinzicht	tele-monitoring	uitrol	care, preventie (tertiair)	nee	aanbieders-route	zorgaanbieder, patiënten-vereniging	effectiviteit	diverse RCT's (lopend)	RCT's door onderzoeksinstituten
SymaX MeXtra	elektr. dossier-vorming	uitrol	cure, care	nee	aanbieders-route	zorgaanbieder	effectiviteit	-	-
EvoCare Online Oefentherapie	tele-behandeling	uitrol	cure	nee	verzekeraars-route	zorgaanbieder, zorgverzekeraar	arbeids-besparing	RCT, BC	RCT door onderzoeksinstituut
Vos PAG Zorgcontrole Centrum	tele-monitoring	inventarisatie	preventie (primair, secundair)	nee	nog niet bekend	zorgaanbieder, zorgverzekeraar	kosten-efficiëntie	-	-
Evalan DiMove	tele-monitoring, elektr. dossier-vorming	uitrol	cure	nee	verzekeraars-route	zorgaanbieder, zorgverzekeraar	effectiviteit	RCT	RCT door zorgverlener

(Noot: inventarisatiefase = het idee van een nieuwe dienst komt tot stand en de behoeften en voorwaarden van gebruikers en betalers worden geïnventariseerd; pilotfase = een dienst wordt door een klein aantal gebruikers in de eigen dagelijkse praktijk uitgetoetst; uitrolfase = een dienst wordt structureel ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk; RCT = Randomized Controlled Trial; BC = Business Case)

In vier van de acht cases is door de ondernemer bewijslast verzameld met behulp van randomized controlled trials (RCT's). In drie gevallen werd het hiervoor benodigde onderzoek uitgevoerd door wetenschappelijke onderzoeksinstituten, en in één geval door de zorgverlener zelf. In twee gevallen werden de resultaten van de RCT verder uitgewerkt in een business case (BC), in één geval gebeurde dit in samenwerking met een zorgverzekeraar. Tabel 2 geeft per deep dive meer details over de afgelegde route en de verzamelde bewijslast.

Tabel 2: Details over de afgelegde routes en de verzamelde bewijslast.

Bedrijf en toepassing	Details van afgelegde innovatieroute	Details van verzamelde bewijslast
Evalan SenseMedic	- Diverse patiëntengroepen zijn bekeken alvorens op diabetes te concentreren. Het argument van hogere therapietrouw vond daar de sterkste weerklank. - Vervolgens werd de farmaceutische industrie benaderd met het argument dat hogere therapietrouw leidt tot effectievere behandeling en indirect tot meer omzet. De industrie bleek vooral in het laatste geïnteresseerd. - Daarna werd een zorgverzekeraar benaderd met het argument dat hogere therapietrouw leidt tot minder complicaties en een lagere schadelast. - De zorgverzekeraar werkte mee aan een trial (financiering en berekening van de BC) maar bleek ondanks een positieve uitkomst niet bereid om de toepassing in te kopen. - Sindsdien is gepoogd om het rechtstreeks aan de patiënt te verkopen, dit blijkt lastig. Ondernemer zoekt nu partners voor marketing. - Een concurrent die tijdens de route een thuiszorgorganisatie en zorgautoriteiten erbij betrok, kon aantonen dat thuiszorg goedkoper werd en was wel succesvol. Resultaat: structurele bekostiging van telemedicatie (aanreiking van medicatie op afstand).	- Claimt hogere therapietrouw en vermindering van complicaties. - De aanvankelijke BC is opgesteld o.b.v. wetenschappelijke literatuur over de relatie tussen therapietrouw en het voorkomen van complicaties. - RCT i.s.m. zorgverzekeraar, apothekersketen en wetenschappelijk onderzoeksinstituut toonde verhoogde therapietrouw a.g.v. de toepassing aan. - Kostenanalyse en besparingsschattingen i.s.m. de zorgverzekeraar toonden vervolgens substantiële vermindering aan van de schadelast t.g.v. complicaties.
Be4Care ECD	- Richt zich op implementatie van functionaliteit t.b.v. het elektronisch cliëntendossier en is daarbij intermediair tussen zorgaanbieders en leveranciers van technologie. - Begint met een probleemanalyse van zijn klant (zorgaanbieder), schetst een oplossingsrichting, en adviseert dan over technologie leveranciers die een passende oplossing aanbieden. - Toetst oplossingen samen met klant in pilots. Begeleidt het gehele implementatietraject.	- Claimt kwaliteitsverbetering en besparing van kosten en tijd. Vraagt leveranciers niet om bewijslast maar gaat af op eigen ervaring en inzicht. - Hergebruikt oplossingen die zich in andere domeinen al bewezen hebben. - Komt met berekening van bespaarde kosten op basis van inschattingen (niet van metingen). - Laat zorgverlener en cliënt de toepassing in een demo of pilot ervaren onder het motto "zien is geloven".
Valetudo VIPSS & Vertaalkaart	- De toepassingen zijn i.s.m. artsen ontwikkeld. Daarna zijn beroepsorganisaties benaderd voor goedkeuring en draagvlak. - De medische vertaalkaart en -app worden via een belangenorganisatie aan haar leden verkocht. - De medische vertaalkaart wordt rechtstreeks en via een	- Claimt kwaliteitsverbetering van de diagnose en daardoor minder herhaalbezoek en weekendbezoek. - Verwacht bewijslast hiervoor te verzamelen via de te starten pilot. Hoe is nog niet duidelijk.

	farmaceutisch bedrijf aan het publiek verkocht. • Binnenkort start een pilot met het expertsysteem (VIPSS) i.s.m. een groep zorgaanbieders, een zorgverzekeraar en een patiëntenorganisatie.	
Bonstato Dieetinzicht & Mijnnierinzicht	• De toepassing is door een medisch specialist voor zijn eigen patiënten ontwikkeld. Hij beoogt de dienst gratis ter beschikking te stellen aan diverse patiëntengroepen. • Aanvankelijk werd sponsoring gezocht (en gevonden) door de farmaceutische industrie en patiëntenverenigingen. Later werden ook diverse andere partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgautoriteiten, beroepsverenigingen, investeerders, etc.) benaderd. • De toepassing wordt in een reeks onderzoeksprojecten gebruikt als onderzoeksprototype of om bewijslast te vergaren. Een deel van de doorontwikkeling kan hiermee bekostigd worden. • Eén patiëntenvereniging biedt de dienst in het kader van een zelfmanagement programma gratis aan haar doelgroep en hun zorgverleners aan. • Recent is een samenwerking met een zorgaanbieder gestart (diëtistenpraktijk) die de toepassing wil gaan aanbieden aan werkgevers i.h.k.v. preventie (obesitas, ziekteverzuim).	• Claimt vergroot inzicht en verbeterde leefstijl, daardoor vermindering van complicaties bij nierfalen en diabetes. • Tot dusverre is vooral feedback van individuele patiënten beschikbaar. • Een kleinschalige haalbaarheidsstudie met intensieve begeleiding toonde vergroot inzicht, gedragsverandering en verbetering van cardiovasculaire risicofactoren aan. • Uit een andere kleinschalige studie bleek dat er onder de patiëntengroep behoefte is aan een zelfmanagement applicatie die geïntegreerd is in de behandeling. • De toepassing wordt door wetenschappelijke onderzoeksinstituten in diverse onderzoeken en RCT's ingezet om de randvoorwaarden voor het gebruik van zelfmanagement systemen in kaart te brengen en om de effecten ten opzichte van reguliere zorg te bepalen. Deze onderzoeken lopen nog en de resultaten zijn nog niet beschikbaar.
SymaX MeXtra	• Heeft de toepassing aanvankelijk ontwikkeld voor zijn toenmalige werkgever. Heeft daarna een pad gevolgd waarbij de toepassing iteratief werd aangepast en uitgebouwd in opdracht van andere zorgaanbieders. • Heeft de toepassing van meet af aan rechtstreeks aangeboden aan zorgaanbieders, sinds kort als online dienst. • Richt zich nu vooral op kleine zorgaanbieders zoals PGB-bureaus, zij realiseren met de dienst in één klap een methodische werkwijze (van belang voor certificering). • Overweegt in de toekomst een re-selling model waarbij zorgprofessionals de toepassing in hun eigen netwerk verkopen.	• Claimt verbeterde kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven door meer eigen regie van de cliënt. Daarnaast tijdsbesparing bij de zorgverlener door een meer systematische werkwijze. • Heeft de toepassing gebaseerd op bestaande behandelmethodieken, daardoor is er herkenning bij (en meerwaarde voor) zorgverleners. • Overtuigt partijen vooral met zijn eigen visie, maar is op zoek naar bewijslast om te komen tot een onderbouwde BC. Gebruikt discussies via sociale media om zijn visie verder aan te scherpen. • Laat zorgverleners en cliënten zelf de meerwaarde in de praktijk ervaren d.m.v. proef-accounts. • Verzamelt kwalitatieve feedback van cliënten en zorgverleners. Gaat dit gestructureerd aanpakken i.s.m. een wetenschappelijk expert.
EvoCare Online Oefentherapie	• De toepassing is in Duitsland bij een groot bedrijf ontwikkeld en geëvalueerd. Later volgde technologieoverdracht en verzelfstandiging. • Groeiend inzicht dat het een nieuwe behandelwijze	• Claimt dat intensiteit van therapie kan worden vergroot zonder extra inzet van therapeut (arbeidsbesparing). Daardoor sneller herstel en korter verblijf in kliniek

	betreft waarvoor zorgprofessionals opnieuw moeten worden opgeleid (andere houding en vaardigheden). • Daardoor transformatie van technologieleverancier tot zorgaanbieder met eigen klinieken en in service opleiding. • Toepassing maakt intensievere behandeling mogelijk en daardoor sneller herstel. Vergoeding vanuit het Duitse arbeidsongeschiktheidsstelsel dat een eigen revalidatie-programma kent en direct belang heeft bij snel herstel. • Het bedrijf wordt in Nederland vertegenwoordigd door een franchisenemer die hier onafhankelijk tot dezelfde inzichten is gekomen. • Ook in Nederland gekozen voor het opzetten van eigen klinieken met een in service opleiding. Het transformeren van bestaande klinieken blijkt te kostbaar. • Onderhandelt momenteel met zorgverzekeraars over financiering voor toetsing, opschaling en initieel contract.	(kostenbesparing). • RCT uitgevoerd door wetenschappelijk onderzoeksinstituut toonde gelijkblijvende effectiviteit van de behandeling aan. • Arbeidsbesparing van 20% t.o.v. conventionele behandeling blijkt uit Duitse ervaringen waar 30000 patiënten zijn behandeld. • Heeft berekend dat er uiteindelijk viermaal zoveel therapie voor hetzelfde geld kan worden aangeboden. Is van plan dit te laten doorrekenen door zorgverzekeraar.
Vos PAG Zorgcontrole Centrum	• Aanvankelijk werd het ZCC concept ontwikkeld i.s.m. Juno IT, na faillissement ging Vos PAG alleen door. • Beoogt met het ZCC een verandering in de zorgverlening door huisartsen: van reactief (vraaggestuurd) naar proactief (vroegtijdige opsporing). Elementen: zelfmonitoring door patiënten, preventief consult, elektronisch consult. • Baseert zich hierbij op visiedocumenten van NHG en LHV en heeft gesproken met Regionale Ondersteunings Structuren voor huisartsenpraktijken. • De visie vindt weerklink maar de huidige financiële prikkels in het zorgstelsel staan de beoogde verandering in de weg. Hij heeft moeite om medewerking te vinden bij het opstarten van een pilot.	• Claimt kostenbesparingen door vroegtijdige opsporing en behandeling (primaire en secundaire preventie) en arbeidsbesparing door efficiëntere praktijkvoering. • Verwacht bewijslast hiervoor te verzamelen via een nog te starten pilot. Hoe is nog niet duidelijk.
Evalan DiMove	• De toepassing is gebaseerd op SenseMedic en in samenwerking met de zorgaanbieder uitgebreid met een elektronische aanvalsregistratie en een koppeling met het lokale EPD (vraaggestuurde ontwikkeling). • Samenwerking tussen vier partijen (dienstenaanbieder, zorgaanbieder, onderzoeksinstelling en netwerkpartij) mondde uit in financiering voor een trial die werd uitgevoerd door de zorgverlener. • Een business model workshop leidde tot de conclusie dat de “decision maker” bij de zorgaanbieder betrokken moest worden. Deze besloot de dienst uit eigen middelen te financieren (innovatiebudget) en niet eerst te streven naar bekostiging door een zorgverzekeraar. • Het onderzoek is afgesloten en de zorgaanbieder is nu in gesprek met andere zorgaanbieders, de beroepsgroep, de patiëntenvereniging en zorgverzekeraars om de behandelmethode landelijk ingevoerd te krijgen. Evalan stelt zich hierbij dienstverlenend op en houdt zich verder afzijdig.	• Claimt verbetering van de behandeling door beter inzicht in medicatiegebruik en aanvalshistorie. Daarnaast hogere therapietrouw en vermindering van aanvalsfrequentie en -zwaarte. • Kleinschalige RCT door zorgverlener i.s.m. onderzoeksinstelling toonde verhoogde therapietrouw en kwaliteit van leven aan, maar kon geen effect vaststellen op aanvalsfrequentie en -zwaarte.

(Noot: RCT = Randomized Controlled Trial; BC = Business Case; voor referenties naar achterliggende studies zie Tabel 4)

Onder de cases die zijn bekeken, zijn we geen enkel geval tegengekomen waarin, ten eerste, bewijslast is verzameld en gebruikt om stakeholders te overtuigen en, ten tweede, waarbij dit die stakeholders ook daadwerkelijk heeft weten te overtuigen. Evenmin zijn we situaties tegengekomen waarin duidelijk naar voren kwam welke eisen door stakeholders aan verzamelde (of nog te verzamelen) bewijslast werden gesteld. Tabel 3 bevat een overzicht van de belangrijkste bevindingen.

Tabel 3: Bevindingen ten aanzien van de verzamelde bewijslast.

Bedrijf en toepassing	Is er bewijslast verzameld?	Hoe is de bewijslast verzameld?	Was dit uitvoerbaar voor de mkb'er?	Was het acceptabel voor stakeholders?	Is duidelijk geworden aan welke criteria moest worden voldaan?	Is de toepassing structureel ingebed in de zorg?
Evalan SenseMedic	ja, over effectiviteit en kostenefficiëntie	RCT, BC	nee, onderz. instituut ingeschakeld	nee, zorgverz. (inkoop) was niet overtuigd	nee	nee
Be4Care ECD	nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja
Valetudo VIPSS & Vertaalkaart	nog niet	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	n.n.b.	nee
Bonstato Dieetinzicht & Mijnnierinzicht	onderzoek loopt nog	RCT's	nee, onderz. instituut ingeschakeld	n.n.b.	n.n.b.	nee
SymaX MeXtra	nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	ja
Evocare Online Oefentherapie	ja, over effectiviteit en kostenefficiëntie	RCT, BC	nee, onderz. instituut ingeschakeld	n.n.b.	n.n.b.	nee
Vos PAG Zorgcontrole Centrum	nee	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	nee
Evalan DiMove	ja, over effectiviteit	RCT	nee, onderz. instituut ingeschakeld	n.n.b.	n.n.b.	nee

(Noot: RCT = Randomized Controlled Trial, BC = Business Case, n.v.t. = niet van toepassing, n.n.b. = nog niet bekend)

In drie gevallen (SenseMedic, EvoCare, en DiMove) hebben we de beschikking gekregen over uitgebreide informatie over het onderzoek dat is uitgevoerd: wetenschappelijke publicaties over de uitgevoerde RCT's en (in één geval) een rapport dat een doorrekening van de business case bevat. Tabel 4 bevat details over de onderzoeksuitvoering en (indien van toepassing) de doorvertaling van de resultaten.

Tabel 4: Details over het uitgevoerde onderzoek en de doorvertaling van resultaten.

Bedrijf en toepassing	Populatie	Opzet	Uitkomstmaten	Conclusie	Business case
Evalan SenseMedic	161 diabetes type-2 patiënten, willekeurig verdeeld over een controlegroep en twee interventiegroepen:	voormeting, interventie, nameting, follow-up	therapietrouw (intermediaire uitkomstmaat): één primaire maat bepaald uit aflevergegevens	significant hogere therapietrouw: +26,5% door RTMM met SMS-reminders, +15,3% door RTMM zonder SMS-reminders, en	financiële doorvertaling in twee stappen: (1) doorvertaling van hogere therapietrouw naar lagere
Bronnen: Vervloet et al. (2012)	(1) RTMM met SMS-	duur			

Achmea, Mediq & Evalan (2009)	reminders en (2) RTMM zonder SMS-reminders	interventie: 6 maanden	van apothekers, en drie secundaire maten bepaald via real-time registratie van medicatie-inname	+10,5% in de controlegroep	gezondheidskosten voor diabetespatiënten o.b.v. een wetenschappelijke overzichtsstudie naar dit verband (2) doorvertaling naar schadelastreductie voor een zorgverzekeraar o.b.v. (a) het bereikte effect op therapietrouw en (b) een interne studie naar ziekenhuiskosten van diabetespatiënten
Evocare Online Oefentherapie	274 revaliderende patiënten met heup- of knieprothese, willekeurig verdeeld over controlegroep (conventionele oefentherapie) en interventiegroep (computerondersteunde oefentherapie)	voormeting, nameting duur interventie: 6 maanden	effectiviteit: vier maten aan de hand van gestandaardiseerde vragenlijsten acceptatie door patiënten aan de hand van vragenlijsten	geen statistisch significant verschil in effectiviteit tussen de conventionele oefentherapie en de computerondersteunde oefentherapie goede tot zeer goede acceptatie van computerondersteunde oefentherapie	geen details bekend
Evalan DiMove	28 epilepsiepatiënten, willekeurig verdeeld over twee interventiegroepen: (1) RTMM met SMS-reminders en (2) RTMM eerst zonder en dan met SMS-reminders	voormeting, interventie, nameting duur interventie: 2 maanden tot 1 jaar	therapietrouw (intermediaire uitkomstmaat): twee maten bepaald via real-time registratie van medicatie-inname ervaringen van patiënten (therapietrouw, aanvalsfrequentie en -intensiteit, kwaliteit van leven, tevredenheid) bepaald aan de hand van vragenlijsten	significant hogere therapietrouw: +14,4% voor RTMM met SMS-reminders t.o.v. RTMM zonder SMS-reminders positieve ervaringen van patiënten: hogere therapietrouw, (beperkte) afname van aanvalsfrequentie en -intensiteit, verbetering van de gezondheidstoestand	niet uitgevoerd

(Noot: RTMM = Real Time Medication Monitoring)

3.3 Discussie

De cases leveren minder aanwijzingen op dan van tevoren verwacht om de vraag “wat vormt *overtuigende* bewijslast?” te kunnen beantwoorden. Het aantal cases is bovendien te klein, en de onderlinge diversiteit te groot, om generaliserende uitspraken te kunnen doen. De cases bieden daarentegen wel een goed inzicht in de praktijkervaringen van de eHealth ondernemer. We kunnen op basis van de gesprekken met de ondernemers daarom wel enkele zaken vaststellen:

- Vooral ondernemers die van buiten de zorg komen, lijken moeite te hebben om een route te bepalen die leidt tot structurele inbedding van hun innovatie. De door hen afgelegde routes zijn vaak gebaseerd op trial-and-error, waarbij ze gaandeweg een beter begrip opbouwen van (de werking van) het Nederlandse zorgstelsel.
- Uit de verhalen van de ondernemers blijkt dat ze vaak niet goed weten welke bewijslast ze moeten verzamelen om stakeholders te overtuigen. In cases waar bewijslast is verzameld, is dit steeds gebeurd door (of in samenwerking met) deskundigen van onderzoeksinstituten. Deze experts lijken het voortouw te nemen in het bepalen van welke bewijslast wordt verzameld, en hoe dit gebeurt. De keuze valt daarbij steeds op Randomized Controlled Trials.
- We zijn situaties tegengekomen waarbij er een aanzienlijke inspanning wordt gepleegd om bewijslast te verzamelen, maar waarbij het niet duidelijk is of en hoe de verzamelde bewijslast vervolgens door de ondernemer zal worden gebruikt om stakeholders te overtuigen. Zo blijken belangrijke stakeholders soms niet te zijn betrokken bij de uitwerking van de opzet van het onderzoek. We zijn één situatie tegengekomen waarbij er ogenschijnlijk “sterke” bewijslast was verzameld voor de effectiviteit en kostenefficiëntie van een toepassing, maar waarbij een belangrijke stakeholder niet betrokken was, aanvullende eisen bleek te stellen, en uiteindelijk niet overtuigd was.
- We zijn ook situaties tegengekomen waarbij een innovatie succesvol structureel is ingebed maar waarbij er juist géén bewijslast nodig was om stakeholders te overtuigen. Soms volstaan een sterke visie op een herkenbaar probleem, een sluitende business case, of de mogelijkheid om hands-on ervaring op te doen. (Zie ook *Een kwestie van bewijzen of van geloven?*)

Een drietrapsraket voor het verzamelen van bewijslast

De wijze waarop bewijslast is verzameld voor SenseMedic (zie Tabel 4) kan mogelijk als uitgangspunt dienen voor andere situaties waarin bewijslast verzameld moet worden om kostenbesparingen als gevolg van gezondheidswinst aan te tonen. De benadering kan worden omschreven als een drietrapsraket:

- In de eerste trap wordt een experimenteel onderzoek uitgevoerd (bijv. een RCT of cohortstudie) dat tot doel heeft om een verband aan te tonen tussen het inzetten van een toepassing en het beoogde effect. Indien het beoogde effect lastig te meten is, of pas op lange termijn meetbaar is (denk aan het verminderen van complicaties bij diabetes) dan kan eventueel een tussenliggend effect (“intermediaire uitkomstmaat”) gemeten worden. In het voorbeeld van SenseMedic is hiervoor therapietrouw gebruikt; bloedglucosewaarden zijn minder eenvoudig te meten maar hadden hiervoor ook gebruikt kunnen worden.
- Indien er in de eerste trap een tussenliggend effect gemeten is, dan wordt er in de tweede trap een doorvertaling gemaakt naar het beoogde effect. Dit moet gebeuren op basis van solide wetenschappelijke gegevens van zo hoog mogelijke bewijskracht, denk daarbij aan wetenschappelijke overzichtsstudies zoals systematische reviews. In het voorbeeld van SenseMedic werd een wetenschappelijke overzichtsstudie gebruikt om het gevonden tussenliggende effect (een procentuele verhoging van de therapietrouw) door te vertalen naar het gewenste effect (een procentuele verlaging van de zorgkosten voor diabetespatiënten).

- Tot slot vindt er in de derde trap een doorvertaling plaats naar de “winst” voor een concrete stakeholder. In het voorbeeld van SenseMedic was dit de vertaling van een procentuele verlaging van de zorgkosten naar een concrete schadelastreductie (in euro’s) voor de zorgverzekeraar. Deze doorvertaling moet samen met de betreffende stakeholder worden uitgevoerd. In het geval van SenseMedic werd hierbij bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de resultaten van een interne studie van de zorgverzekeraar waarin de zorgkosten voor de “eigen” populatie van diabetespatiënten al waren geanalyseerd.

Een kwestie van bewijzen of van geloven?

Van de acht cases zijn er twee waarbij een toepassing structureel is ingebed in de zorg. Deze twee “succesverhalen” hebben het volgende met elkaar gemeen:

- Beide ondernemers hebben ruime ervaring met de zorg (ze zijn zelf afkomstig uit de zorg);
- Beide toepassingen zijn tot stand gekomen op basis van vragen uit de praktijk van de zorgverlening;
- Beide toepassingen hebben betrekking op elektronische cliëntendossiers waarmee zorg slimmer georganiseerd kan worden;
- Beide ondernemers volgen de aanbiedersroute, waarbij de toepassing rechtstreeks aan de zorgaanbieder wordt aangeboden en de zorgaanbieder de toepassing uit eigen middelen betaalt;
- Beide ondernemers overtuigen primair door hun ervaring en visie, en door zorgverleners hands-on ervaring op te laten doen (door demo-opstellingen of door gratis proefaccounts).

Een interessante vraag is of het toeval is of niet dat deze twee succesverhalen afkomstig zijn van ondernemers die zelf een achtergrond hebben in de zorg. Begrijpen zij de zorgpraktijk wellicht beter? Voelen ze beter aan waar zorgaanbieders op zitten te wachten? Of zijn ze door hun achtergrond simpelweg geloofwaardiger voor hun gesprekspartners? We willen in dit verband de rol van *acceptatie* opnieuw onder de aandacht brengen.

In het rapport *Inventarisatie eHealth innovatieroutes en evidence*. (Haaker et al., 2013) is in paragraaf 2.2.1 al geschreven over het belang van acceptatie bij het overtuigen van stakeholders. Drie vormen van acceptatie kunnen worden onderscheiden (Stam, Groenewegen & Wakkee, 2011):

- *Pragmatische acceptatie* van een innovatie door de directe stakeholders. Deze vorm van acceptatie is gebaseerd op de verwachte economische waarde van de innovatie.
- *Morele acceptatie* van een innovatie door directe en indirecte stakeholders, gebaseerd op de mate waarin een innovatie lijkt te voorzien in een collectieve behoefte.
- *Cognitieve acceptatie* door directe en indirecte stakeholders, gebaseerd op de herkenbaarheid en geloofwaardigheid van de innovatie.

Bewijslast als middel om stakeholders te overtuigen, lijkt vooral aan te sluiten bij de eerste en tweede vorm van acceptatie. Zo toont bewijslast voor kostenefficiëntie of arbeidsbesparingen in feite de economische waarde aan (waardoor pragmatische acceptatie wordt bevorderd), terwijl bewijslast voor effectiviteit aantoont dat in een collectieve behoefte (gezondheidswinst) wordt voorzien (hetgeen morele acceptatie bevordert). Het verzamelen van bewijslast lijkt echter minder goed aan te sluiten bij cognitieve acceptatie. Hier draait het namelijk om de vraag: *gelooft een stakeholder eigenlijk wel in het idee achter de innovatie?* Hierbij kunnen dus ook andere zaken op de achtergrond een rol spelen, zoals: is het duidelijk hoe de toepassing werkt en hoe ze in de praktijk kan worden ingezet, en is men al bekend met soortgelijke toepassingen? Maar ook: door wie is de toepassing ontwikkeld, en is dit samen met bekende of vertrouwde partijen gebeurd?

Samenvattend: daar waar stakeholders moeilijk te overtuigen lijken met bewijslast, of waar ze vragen om meer bewijslast, doet de ondernemer er goed aan om zich af te vragen of een gebrek aan acceptatie mogelijk een rol speelt, en dientengevolge of het verzamelen van (meer) bewijslast wel het juiste middel is om partijen alsnog te overtuigen.

3.4 *Conclusies*

Uit de ervaringen van de ondernemers die we hebben gesproken tijdens de deep dives, kunnen we concluderen dat het essentieel is dat de ondernemer tijdig bepaalt wie voor zijn of haar innovatie de relevante stakeholders zijn, met name wie de partijen zijn die een beslissende stem zullen hebben in de structurele inbedding. Het is zaak om zorgvuldig met hen af te stemmen welke eisen zij aan de te verzamelen bewijslast stellen.

Stakeholders dienen tevens nauw betrokken te zijn bij de uitwerking van de aanpak die, al dan niet in samenwerking met experts van onderzoeksinstituten, gekozen wordt om bewijslast te verzamelen. Zo dient bijvoorbeeld overeenstemming te worden bereikt over hoe “sterk” de bewijslast moet zijn om overtuigend te zijn, en dientengevolge of de inzet van “zware” methoden zoals RCT’s (met andere woorden: kostbaar en langdurig onderzoek) wel gewenst en noodzakelijk is. Indien “sterke” bewijslast wenselijk is, dan kan de drietraps-benadering (zoals in paragraaf 3.3 besproken) mogelijk als uitgangspunt worden gebruikt.

Bewijslast is een belangrijk middel om partijen te overtuigen van de meerwaarde van een innovatie, maar voor acceptatie van een idee door de betrokken stakeholders spelen ook andere aspecten een rol, zoals de herkenbaarheid en geloofwaardigheid van een innovatie. Ondernemers moeten zich hier terdege van bewust zijn.

4 Hoor en wederhoor: leren van aanmeldingen bij de Achmea Zorginnovatiedesk

Na een oproep hiertoe, hebben drie ondernemers hun innovatie in het najaar van 2012 aangemeld bij de Achmea Zorginnovatie Desk. Het journalistieke principe van hoor en wederhoor is toegepast om hun ervaringen gedurende dit traject - en tevens die van de Achmea medewerkers - te documenteren.

4.1 Doelstelling en aanpak

Op de projectteambijeenkomst van 21 juni 2012 hield Leonie de Zwart (projectleider Kwaliteit en Innovatie bij Achmea divisie Zorg & Gezondheid) een presentatie over de Achmea Zorginnovatie Desk (ZiD). Zij sloot af met een oproep aan de aanwezige ondernemers om zich met hun innovatie aan te melden bij de ZiD. Drie ondernemers gingen op deze uitnodiging in: Bonstato (met Dieetinzicht), Valetudo Interpres (met het Practitioner Support System), en EvoCare (met Online Oefentherapie).

Voor het SomeHealth project bood dit een goede gelegenheid om meer inzicht te krijgen in het verloop van het beoordelingsproces dat plaatsvindt als een ondernemer zich meldt bij de zorgverzekeraar. Met name: hoe kijkt de zorgverzekeraar tegen de innovaties van deze ondernemers aan? Aan welke criteria worden de innovaties getoetst? Naar welke bewijslast is de zorgverzekeraar op zoek? En hoe wordt er gekeken naar bewijslast die eventueel al is verzameld?

In samenspraak met Achmea en de betrokken ondernemers is gekozen voor een aanpak waarbij de aanvragen het reguliere ZiD proces doorliepen, en waarbij het verloop op enige afstand werd gevolgd. Hiertoe werd met enige regelmaat, via mail of telefonisch, contact opgenomen met de betrokken ondernemers en met de ZiD om voortgang en ervaringen te bespreken. Zie Tabel 5 voor een overzicht.

Tabel 5: Overzicht van activiteiten in het kader van het onderdeel “hoor en wederhoor”.

Datum	Organisatie	Onderwerp
30-07-2012	Achmea ZiD	Telefonische afstemming over de aanpak
01-10-2012	Achmea ZiD	Telefonische inventarisatie van eerste ervaringen
22-10-2012	Achmea ZiD	Bespreking voortgang en inventarisatie van aandachtspunten
23-10-2012	Ondernemers	Schriftelijk verzoek om voortgang, ervaringen en leerpunten
24-10-2012	Bonstato	Schriftelijke reactie
14-11-2012	Valetudo Interpres	Schriftelijke reactie
20-02-2013	Achmea ZiD	Telefonische bespreking van voortgang en vervolgstappen
08-04-2013	Ondernemers	Schriftelijk verzoek om ervaringen en leerpunten
08-04-2013	Bonstato	Schriftelijke reactie
31-05-2013	Diëtistenpraktijk HRC	Schriftelijke reactie
31-05-2013	Valetudo Interpres	Telefonische reactie
05-06-2013	EvoCare	Telefonische reactie
11-04-2013	Achmea ZiD	Schriftelijke mededeling van uitkomsten

Parallel hieraan is er contact geweest met Achmea over het toetsingskader voor eHealth toepassingen dat Achmea in deze periode samen met anderen partijen aan het ontwikkelen was. Dit kader wordt hier

eveneens besproken, waarbij geïnventariseerd wordt welke onderdelen van het toetsingskader klaarblijkelijk zijn toegepast voor de drie aanmeldingen.

4.2 Resultaten: indrukken en overwegingen vanuit de beide perspectieven

In het hierna volgende wordt een korte weergave gegeven van de drie aanmeldingen, zowel vanuit het perspectief van Achmea als vanuit het perspectief van de drie ondernemers.

Bonstato (Dieetinzicht):

- *Eerste contacten:* Aanvankelijk leven er bij Achmea vragen rondom de doelgroep en het draagvlak voor de toepassing, hoe de toepassing tot substitutie kan leiden, en hoe ze kan worden ingebed in bestaande zorgprocessen. Tevens leven er vragen n.a.v. de pilotresultaten: hoeveel patiënten hebben er deelgenomen aan de pilot, bleven zij de toepassing gebruiken of haakten ze na verloop van tijd af, en leverde de toepassing een bijdrage aan hun zelfmanagement. Er is voor deze toepassing een belangrijk pluspunt: er ligt een volledig werkende applicatie, geen half-ontwikkeld prototype. De ondernemer is gevraagd om met een cijfermatige business case voor de toepassing te komen. Bij de ondernemer leven na afloop veel vragen over wat er van die business case wordt verwacht, in het bijzonder wat betreft de gewenste cijfermatige onderbouwing. Dit wordt vervolgens samen met een zorgverlener en een zelfmanagement-expert opgepakt.
- *Vervolgens:* De betrokken zorgverlener heeft de rol van aanspreekpersoon voor Achmea overgenomen. Hieruit blijkt voor Achmea een duidelijke behoefte uit de praktijk. De gesprekken verlopen positief: er komt o.a. een cijfermatig onderbouwde business case die duidelijk maakt hoe de toepassing tot substitutie leidt, en vanuit Achmea is nu ook de inkoopafdeling betrokken. Er wordt gezamenlijk aangestuurd op een vervolg in de vorm van een aanvraag in het kader van de Beleidsregel Innovatie (in dit geval voor dieetadvies op afstand).
- *Uitkomst:* De aanvraag krijgt een vervolg. Als redenen worden door Achmea opgegeven dat er draagvlak uit het veld is, dat er sprake is van substitutie (er is in kaart gebracht welke zorg door de toepassing wordt vervangen), dat er een business case ligt waaruit blijkt hoe de toepassing wordt opgenomen in het zorgproces en hoe dit tot verbetering van de kwaliteit van zorg leidt, hoe zelfmanagement met de toepassing wordt gestimuleerd, en dat er een keuze is gemaakt voor een specifieke doelgroep. De zorgverlener zal voor de periode van drie jaar een effectmeting gaan uitvoeren aan de hand van een goed uitgewerkt innovatievoorstel. Om het benodigde onderzoek (door Erasmus Universiteit Rotterdam) te financieren gaat de zorgverlener een subsidieaanvraag indienen bij Stichting Theia (een investeringsfonds van Achmea).

Valetudo Interpres (VIPSS):

- *Eerste contacten:* Het beeld van de voorgenomen pilot met het VIPSS is bij Achmea niet helder: er zijn veel partijen bij betrokken en de doelstellingen zijn onduidelijk. Hoe draagt de toepassing bij aan efficiëntere zorg? Is er voldoende draagvlak voor de toepassing onder huisartsen? Sluit de toepassing aan op andere systemen die door huisartsen worden gebruikt? De ondernemer gaat een subsidieaanvraag indienen bij de Stichting Achmea Gezondheidszorg (SAG) voor de financiering van de pilot. Er ontstaat verwarring bij de ondernemer omdat de SAG andere criteria hanteert dan de ZiD.
- *Vervolgens:* Ondanks de gesprekken blijft Achmea twijfelen aan het draagvlak onder zorgverleners en aan de implementeerbaarheid van het systeem (in het bijzonder: de aansluiting op de diverse bestaande huisarts informatie systemen). Achmea neigt ernaar de aanvraag af te wijzen.
- *Uitkomst:* De aanvraag wordt afgewezen. Als redenen worden opgegeven: er is geen duidelijk draagvlak gebleken onder zorgverleners, patiëntenverenigingen en de beroepsvereniging (NHG). Het

VIPSS is moeilijk implementeerbaar omdat er vooralsnog geen koppeling met bestaande huisartsensystemen aanwezig is. De beperkte omvang van het bedrijf van de ondernemer (Valetudo Interpres) blijkt eveneens een rol te hebben gespeeld bij de afweging die Achmea heeft gemaakt.

EvoCare (Online Oefentherapie):

- *Eerste contacten:* Het systeem is door de ondernemer aan Achmea gedemonstreerd. Het doet voor Achmea technisch gedateerd aan en herontwikkeling lijkt noodzakelijk. Op basis van ervaringen uit het verleden positioneert de ondernemer zich als zorgaanbieder; hij pleit voor contractering als zelfstandig behandelcentrum (ZBC). Achmea vindt dit vanuit het oogpunt van landelijk opschalen echter niet wenselijk. De ondernemer wordt doorverwezen naar een grote zorgaanbieder waar Achmea mee samenwerkt voor een inhoudelijke toetsing van het systeem. Achmea heeft vragen rond het draagvlak onder fysiotherapeuten voor deze vorm van behandelen, of het systeem kan bijdragen aan zelfmanagement, en hoe het systeem zich verhoudt tot alternatieven.
- *Vervolgens:* De ondernemer heeft contact gehad met de zorgaanbieder. Deze is na een interne evaluatie met een negatieve aanbeveling gekomen: het systeem past niet bij Nederlandse situatie en wettelijke normen, het maakt geen gebruik van protocollen, en het vereist de plaatsing van een computer bij patiënten thuis.
- *Uitkomst:* De aanvraag wordt afgewezen onder vermelding van bovenstaande negatieve aanbeveling. Voor de ondernemer komt dit niet meer onverwacht.

4.3 Resultaten: toetsingskader voor eHealth toepassingen

Parallel aan de contacten over de aanmeldingen bij de Zorginnovatie Desk is er contact geweest met Achmea over het toetsingskader voor eHealth toepassingen dat Achmea in samenwerking met andere partijen aan het ontwikkelen was (Achmea & ZonMw, 2013). Het toetsingskader is in Tabel 6 (pag. 20-22) weergegeven. De criteria die klaarblijkelijk m.b.t. de drie aanmeldingen zijn gehanteerd (1 showstopper, 6 kritische succesfactoren, en 2 selectiecriteria en 0 nice to have's) zijn in de tabel dik gedrukt weergegeven.

4.4 Discussie

Voor een zorgverzekeraar blijken twee zaken erg belangrijk: is er onder zorgaanbieders draagvlak voor de toepassing, en leidt de toepassing tot vervanging van bestaande zorg (i.p.v. zorg die bovenop de bestaande zorg komt). Twee andere zaken waar scherp naar gekeken wordt, zijn: is er sprake van een volwassen toepassing (d.w.z. geen prototype dat nog verdere ontwikkeling behoeft, of een toepassing waarbij de aansluiting op bestaande systemen nog geïmplementeerd moet worden), en is er potentieel tot opschaling (met het oog op efficiënt landelijk inkopen). Wat verder opvalt, is dat bewijslast die al verzameld was (bijv. de al eerder uitgevoerde pilots bij Bonstato en EvoCare) ogenschijnlijk niet heel sterk is meegewogen bij de beslissing om wel of geen vervolg te geven aan de aanmelding.

De aanmeldingen die geen vervolg kregen:

- hadden nog niet voldoende draagvlak onder zorgaanbieders (ondernemers hadden bijv. geen zorgverleners weten te betrekken en/of meegenomen naar de gesprekken met Achmea);
- hadden betrekking op toepassingen die verdere ontwikkeling nodig hadden of technisch inmiddels gedateerd waren geraakt, waardoor financiering nodig was voor her- of doorontwikkeling;
- konden geen cijfermatige business case overleggen waaruit het potentieel tot substitutie (vervanging van bestaande zorg) voldoende bleek.

Bij de aanmelding die wel een vervolg kreeg:

- wist de ondernemer een zorgaanbieder te betrekken; deze zorgverlener nam vervolgens de rol van contactpersoon voor Achmea over;
- was de toepassing in principe voldoende volwassen voor inzet in een pilot, waardoor er maar beperkt financiering voor ontwikkeling nodig is;
- hebben de zorgverlener en ondernemer gezamenlijk voor Achmea een gedetailleerde cijfermatige business case uitgewerkt waaruit het potentieel tot substitutie bleek.

4.5 Conclusies

De drie aanmeldingen geven een goed inzicht in de criteria die door Achmea worden gehanteerd tijdens het proces dat volgt op een aanmelding bij de Zorginnovatie Desk. Samengevat:

- Is er wel voldoende *draagvlak* voor de toepassing?
- Hoe kan de toepassing worden *ingepast* in bestaande zorgprocessen?
- Hoe leidt de toepassing tot *substitutie* (bijvoorbeeld doordat het bijdraagt aan *zelfmanagement*)?
- Wordt er wel voldoende ingespeeld op *eisen en wensen* van zorgverleners en patiënten (co-creatie, draagvlak)?
- Is de toepassing voldoende *uitontwikkeld*?

Dit zijn zaken waarop Achmea op let en die ondernemers in een (liefst) *cijfermatige business case* zullen moeten onderbouwen.

Tabel 6: Het toetsingskader van Achmea voor eHealth toepassingen (Achmea & ZonMw, 2013).
De klaarlijklijk gehanteerde criteria zijn dik gedrukt weergegeven.

Omschrijving criterium	Type	Toelichting
De toepassing is veilig (conform de NIA / NEN normen)	showstopper	
De toepassing heeft een high-level Business Case	showstopper	Een high level business case omvat een actuele omschrijving van: globale planning, kosten, baten, terugverdientijd, risico's, de belangrijkste stakeholders (en hun belangen). Dit kan in twee pagina's.
Stimuleert de eHealth toepassing zelfmanagement (incl. educatie)?	kritische succesfactor	Zelfmanagement geeft de patiënt de mogelijkheid om regie te voeren over de eigen ziekte en het eigen bestaan.
Realiseert de eHealth toepassing afspraken ter verbetering van de toegang en de kwaliteit van zorg, zoals in de in de NIA / ZN Taskforce eHealth?	kritische succesfactor	
Realiseert de eHealth toepassing een verlaging van de zorgkosten (substitutie)?	kritische succesfactor	Zie business case. Bijvoorbeeld door het verplaatsen van professionele zorg naar zelfzorg.
Is er (potentie tot) voldoende vertrouwen / draagvlak / participatie bij de zorgverleners en zorgvragers?	kritische succesfactor	Dit laat zien in hoeverre gebruikers enthousiast zijn om met de eHealth toepassing te gaan werken.
Draagt de eHealth toepassing bij aan substitutie (zowel proces als euro's)?	kritische succesfactor	Breng in kaart welke zorg eHealth vervangt en hoe dit onderdeel wordt van het nieuwe zorgproces zodat dit bijdraagt aan kostenreductie.
Is er (evaluatie) data aanwezig t.b.v. verdere analyse van de toepassing?	kritische succesfactor	(Evaluatie) data omvat gegevens uit eerder onderzoek m.b.t. gebruik en effecten waarmee verdere analyses o.b.v. interne Achmea data gedaan kunnen worden.
Vervult de eHealth toepassing een belangrijke (onvervulde) behoefte van de stakeholders? Lost het een probleem op?	kritische succesfactor	De belangrijkste vraag is hier of aangetoond kan worden dat de eHealth toepassing een bestaand probleem oplost.
Draagt de eHealth toepassing bij aan gezondheidswinst?	kritische succesfactor	De eHealth toepassing levert een aantoonbare bijdrage aan de kwaliteit van leven.
Is de eHealth toepassing opschaalbaar?	kritische succesfactor	De eHealth toepassing is geschikt voor grote aantallen en is landelijke uitrolbaar.
Is het product of de dienst ontwikkeld in samenspraak (co-creatie) met zorgverleners en patiënten?	kritische succesfactor	Gebruikers zijn betrokken bij de ontwikkeling van het product, zodat dit optimaal aansluit bij hun wensen.
Is de technische ontwikkeling van de eHealth toepassing afgerond (geen concept)?	kritische succesfactor	De toepassing is geen concept meer.
Draagt de eHealth toepassing bij aan klanttevredenheid?	kritische succesfactor	
Is er een bekostigingsoplossing aanwezig voor de eHealth toepassing?	kritische succesfactor	Is er nagedacht over structurele financiering (na de pilot fase).

Dient de eHealth toepassing een commercieel belang?	kritische succesfactor	Is de eHealth toepassing interessant om bestaande klanten en gebruikers te behouden dan wel potentiële klanten aan te trekken.
Sluit de eHealth toepassing aan bij de NIA lijst van speerpunten? (eConsult, Telemonitoring, interactief zorgplatform, eMentalhealth, Zelfmanagement)	kritische succesfactor	
Is de eHealth toepassing te implementeren binnen de huidige interne processen en systemen (inspanning versus risico)?	selectiecriteria	
Biedt de eHealth toepassing een voorzet voor een structurele inbedding in het reguliere zorgproces?	selectiecriteria	Er is in kaart gebracht hoe de eHealth toepassing op basis van procesoptimalisatie een structurele plek heeft in het reguliere zorgproces.
Is er een GEDETAILEERDE business case beschikbaar?	selectiecriteria	Een gedetailleerde business case omvat een actuele omschrijving van: detailplanning, kosten, baten, terugverdientijd, risico's, alle stakeholders (en hun belangen), GAP analysis, null-optie en afhankelijkheden van andere projecten. Deze case is volledig, begrijpelijk, meetbaar, transparant en verantwoord.
Brengt de eHealth toepassing werklastermindering voor de zorgverlener?	selectiecriteria	eHealth dient niet als extra toepassing bovenop het bestaande zorgproces ingezet te worden. eHealth moet bestaande zorg vervangen, zodat dit werklastermindering kan realiseren.
Gaat het om een gevalideerde tool?	selectiecriteria	Gevalideerd wil zeggen dat de eHealth toepassing bewezen effectief is en zo de beoogde effecten realiseert.
Is de eHealth toepassing gebruiksvriendelijk	selectiecriteria	De toepassing is eenvoudig te gebruiken (gebruiksgemak, overzichtelijkheid) en sluit aan op het niveau van de specifieke doelgroep.
Heeft de eHealth toepassing een positief effect op de ervaren zorg en het zorgproces?	nice to have	Het zorgproces waar eHealth is ingebed, wordt positief ervaren door zorgverleners en/of gebruikers.
Leidt de eHealth toepassing tot meer transparantie in de zorg?	nice to have	De toepassing draagt bij aan de mate van openheid, zichtbaarheid en toegankelijkheid van zorg voor haar gebruikers.
Is de eHealth toepassing generiek, multi-disease inzetbaar?	nice to have	Generiek en multi-disease inzetbaar wil zeggen dat dit ingezet kan worden bij meerdere aandoeningen en comorbiditeit.
Is de eHealth toepassing een quick win?	nice to have	Een quick win wil zeggen dat op korte termijn resultaat geboekt kan worden in termen van gezondheidswinst of kosten.
Is de eHealth toepassing meertalig beschikbaar?	nice to have	
Valt de eHealth toepassing onder een landelijk programma?	nice to have	Kwaliteit - inspectie wet en regelgeving, DM type II, Astma, Hartfalen, Deltaplan Dementie, Ouderenzorg, Alcohol, CVRM, geriatric, ketenvorming / samenwerking, Obesitas

5 Action research: toepassen en aanscherpen van de verkregen inzichten

De innovaties van twee ondernemers en van een universitair medisch centrum zijn in het voorjaar van 2013 geselecteerd voor een vervolg waarin de onderzoekers een actieve rol hebben gespeeld (o.a. bij het verhelderen van mogelijke innovatieroutes, belangen van stakeholders, en beoordelingscriteria voor bewijslast). Validatie en aanscherping van de eerder opgedane inzichten stonden hierbij centraal.

5.1 Doelstelling en aanpak

In het SomeHealth projectplan (Hettinga, Haaker & Schwietert, 2011) is reeds de keuze gemaakt om in fase 3 van het onderzoeksplan (“doorvertaling en validatie systematische aanpak”) de verkregen inzichten toe te passen in casestudies, m.a.w.: over te gaan tot een vorm van action research. Maar wat is “action research”?

Action research (in het Nederlands actieonderzoek) is een onderzoeksmethode waarbij de onderzoeker niet, zoals gebruikelijk, zich terughoudend opstelt maar waarbij hij juist een situatie actief probeert te beïnvloeden om zo te onderzoeken of zijn acties een gewenst resultaat opleveren. De onderzoeker kan dit zelfstandig doen of in samenwerking met anderen (vaak een “probleemeigenaar”). Deze methode leent zich in het algemeen goed voor het in de (weerbarstige) praktijk toetsen en aanscherpen van reeds verworven inzichten. Voor een toelichting op actieonderzoek, de binnen actieonderzoek gevolgde werkwijze, en de voor- en nadelen van actieonderzoek, zie MOA (2013).

In het voorjaar van 2013 waren de inzichten omtrent innovatieroutes, stakeholders en de door hen gehanteerde criteria t.a.v. eHealth toepassingen voldoende uitgekristalliseerd om daadwerkelijk tot action research over te gaan. De voorkeur ging daarbij uit naar cases waarbij de centrale vraag van het project “wat vormt haalbare én overtuigende bewijslast” op dat moment prominent op de agenda stond. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de selectie van drie cases waarin de onderzoekers een actieve rol hebben gespeeld (o.a. bij het verhelderen van mogelijke innovatieroutes, belangen van stakeholders, en beoordelingscriteria voor bewijslast):

1. DiMove (Evalan i.s.m. SEIN), waar in een kleinschalige pilot bewijslast was verzameld en nu de vraag centraal stond of dit voor stakeholders voldoende overtuigend zou zijn om tot vergoeding of sponsoring over te gaan;
2. Dieetinzicht (Bonstato i.s.m. Diëtistenpraktijk HRC), waar men na de aanmelding bij de Zorginnovatie Desk een aanvraag en onderzoeksvoorstel zou gaan uitwerken t.b.v. de Beleidsregel Innovatie;
3. TeleEpilepsie (UMC Utrecht i.s.m. SEIN, Kempenhaeghe e.a.), waar men de mogelijkheden voor telemonitoring van epilepsiepatiënten onderzoekt en dat een mogelijke kandidaat is voor de complexe overheidsroute.

De vraagstelling binnen deze drie cases, de gevolgde aanpak, en de verkregen inzichten worden hierna per case in meer detail beschreven.

5.2 Casus 1: DiMove

In het voorjaar van 2013 werd de inzet van DiMove (real-time medication monitoring bij epilepsiepatiënten) na een periode van enkele jaren nog steeds tijdelijk bekostigd uit eigen middelen (een innovatiebudget) van epilepsiekliniek SEIN. Tot januari 2013 was er bewijslast verzameld in een kleinschalige pilot, en de resultaten van dit onderzoek werden in februari 2013 gepubliceerd (Hettinga, Gutter & te Gussinklo, 2013).

In het voorjaar van 2013 was daarom de vraag aan de orde of en hoe de toepassing structureel bekostigd kon worden, in plaats van tijdelijk. De case was hiermee een mogelijk voorbeeld van een verzekeraarsroute waarbij zorgaanbieder SEIN zich tot een zorgverzekeraar zou moeten gaan wenden. De centrale vraag die in deze case werd gesteld, was: zijn stakeholders (in het bijzonder de zorgverzekeraar) op basis van de verzamelde bewijslast overtuigd van de meerwaarde van DiMove? Zien stakeholders mogelijkheden om de inzet van DiMove structureel te vergoeden of te sponsoren?

5.2.1 Aanpak

De aanvankelijke aanpak was erop gericht om een workshop met een aantal relevante stakeholders (waaronder de bestuurder van SEIN, betrokken patiënten en neurologen, epilepsiefonds NEF, patiëntenvereniging EVN, beroepsvereniging NVN, en zorgverzekeraar Achmea) te organiseren om zo (a) inzicht te krijgen in het draagvlak voor de toepassing, (b) de wenselijkheid en mogelijkheden voor een grootschaliger pilot te bespreken, en (c) mogelijkheden voor sponsoring of structurele bekostiging te verkennen. Op de uitnodiging aan de zorgverzekeraar, in dit verband een belangrijke stakeholder, werd echter afwijzend gereageerd. Voor de medewerker van de inkoopafdeling aan wie de uitnodiging was gericht, was de tot dan toe verzamelde bewijslast onvoldoende overtuigend om deelname aan de workshop te rechtvaardigen.

In tweede instantie is daarom gekozen voor een aanpak waarbij, via rechtstreeks contact met deze medewerker, gepoogd is om te verhelderen waarom de verzamelde bewijslast onvoldoende overtuigend was. Vanwege de overeenkomsten tussen DiMove en SenseMedic (in feite hetzelfde “slimme medicijndoosje”) zijn hierbij ook de resultaten van de pilot met SenseMedic betrokken (Vervloet et al., 2012). In april 2013 vond hiertoe een telefonisch interview plaats. Op basis van dit interview is een verslag geschreven dat vervolgens aan de geïnterviewde is voorgelegd voor aanvullingen en correcties (Janssen, 2013).

De verkregen inzichten naar aanleiding van het interview zijn vervolgens besproken met de ondernemer (Evalan) en twee Windesheim onderzoekers (één betrokken bij de uitvoering van de kleinschalige pilot, de ander een expert in medische bewijslast). Dit heeft geleid tot een aantal aanbevelingen voor de betrokken zorgverlener bij SEIN.

5.2.2 Opgedane inzichten

Tijdens het telefonisch interview is gesproken over de resultaten van de DiMove en SenseMedic studies, en hoe daar vanuit het perspectief van Achmea tegenaan wordt gekeken. De belangrijkste conclusies zijn:

- Bij de beoordeling van de resultaten van een studie zoals die van DiMove stelt zich men vanuit de zorgverzekeraar allereerst de vraag: Wat is de meerwaarde van de onderzochte toepassing? Is duidelijk geworden hoe de toepassing zich terugbetaalt, of hoe ze tot substitutie leidt? Er kan natuurlijk ook sprake zijn van een effect op de kwaliteit van de zorg, maar dan dient dit een relevant en overtuigend effect te zijn: alleen grote effecten rechtvaardigen grote investeringen.
- Als er bij een kleine groep deelnemers geen statistisch significant effect aangetoond kan worden, dan lukt dit mogelijk wel bij een grotere groep deelnemers. Echter, wat telt voor de zorgverzekeraar is *klinische relevantie*: hoe groot moet het effect minimaal zijn om interessant te zijn voor de stakeholders. Vervolgens kan met een zogenaamde *power analyse* (zie <http://os1.amc.nl/mediawiki/index.php?title=Poweranalyse>) worden bepaald hoe groot het aantal deelnemers aan een onderzoek moet zijn om een klinisch relevant effect ook statistisch significant aan te kunnen tonen. Bepaal dus vòòr een onderzoek wanneer een effect klinisch relevant is.

- Een studie die zich richt op een gemakkelijker, goedkoper of sneller te bepalen intermediaire maat zal aannemelijk moeten maken dat een positief effect op de intermediaire maat zich ook daadwerkelijk vertaalt in een positief effect op de gewenste eindmaat. De onderzoeker moet hierbij kritisch zijn, en de gebruikte argumentaties moeten medisch-inhoudelijk correct zijn. Aannames dienen gebaseerd te zijn op solide wetenschappelijke gegevens van zo hoog mogelijke bewijskracht (zoals systematic reviews) en hoe meer aannames worden gedaan, hoe hoger de eisen die eraan gesteld moeten worden.
- DiMove en SenseMedic richten zich beiden op het verbeteren van therapietrouw. Bij bepaalde ziektebeelden luistert therapietrouw veel nauwer en treden er veel sneller complicaties op. Hetzelfde geldt voor geneesmiddelen met een smalle therapeutische breedte (geneesmiddelen waarbij de dosering zeer nauwkeurig moet worden gekozen, zoals middelen voor hartritmestoornissen en antistollingsmiddelen). Dit zijn dus ziektebeelden waarbij het eenvoudiger zal zijn om de effecten van een toepassing aan te tonen.
- Onderzoek hoeft niet altijd gebaseerd te zijn op een Randomized Controlled Trial (RCT). Er kan bijv. ook worden volstaan met het vergelijken van een interventiegroep met een controlegroep. Om een onderzoek goedkoper of sneller te kunnen uitvoeren, kan men zich beter richten op grote effecten zoals het aantal ligdagen in een ziekenhuis. Het gaat daarbij om grote bedragen waardoor een effect sneller indruk maakt op beslissers. Dit soort data is bovendien gemakkelijk te verzamelen uit bijv. ziekenhuisregistraties.
- Bestaande datacollecties moeten zoveel mogelijk benut worden. Zorginstellingen en zorgverzekeraars beschikken over veel data. Hierbinnen kan op zoek worden gegaan naar grote effecten voor de patiënt of de betaler: bijv. situaties waarbij er, als er iets mis gaat, veel hulp nodig is tegen hoge kosten. Niet toevallig zijn dit zijn vaak effecten die al goed geregistreerd worden, zoals spoedopnames of operaties. Hierdoor zijn effecten ook sneller hard te maken.

Op basis van bovenstaande inzichten zijn enkele aanbevelingen aan de zorgverlener gedaan:

- Onderzoek, op basis van de bovengenoemde suggesties, of er een alternatieve onderzoeksopzet mogelijk is. Het onderzoek moet sterker gericht zijn op het aantonen van substitutie. Richt je daarbij op “harde” gegevens, bijvoorbeeld een dossieronderzoek naar het aantal (her)opnames voor en tijdens het gebruik van DiMove.
- Bekijk kritisch of er niet toch een sluitende *interne* business case mogelijk is: leidt de toepassing bijv. tot besparingen in het zorgproces (bijv. het sneller kunnen vaststellen of een medicijn het gewenste effect heeft) die kunnen worden aangewend om de toepassing te bekostigen. De te verzamelen bewijslast hoeft dan alleen gericht te zijn op het overtuigen van interne stakeholders.

5.2.3 Afsluiting van de casus

In september 2013 werd bekend dat SEIN was gestopt met DiMove. Eén van de redenen was dat er onder de neurologen (i.t.t. de verpleegkundig specialisten) nog altijd onvoldoende draagvlak was voor DiMove. De verpleegkundig specialisten hebben nog beargumenteerd dat er dankzij de inzet van DiMove daadwerkelijk minder consulten nodig zijn en daardoor minder kosten worden gemaakt (de “interne business case”), maar dit argument was uiteindelijk niet voldoende om de neurologen te kunnen overtuigen (het aantal gebruikers waarom het ging was daarvoor te klein).

Een andere reden was dat er in het kader van een bezuinigingsronde flink bezuinigd moest worden – ook op het innovatiebudget. Hierdoor was er geen tijd en financiering meer beschikbaar om de DiMove pilot voort te zetten.

In een laatste, afsluitende overleg met de zorgverlener zijn de resterende opties voor continuering van DiMove op een rijtje gezet:

- “Adoptie” van de toepassing door de farmaceutische industrie (zoals Evalan heeft gepoogd met SenseMedic).
- “Adoptie” van de toepassing of door een patiëntenvereniging (Epilepsie Vereniging Nederland), bijv. voorlichting richting de doelgroep maar ook aan opname in een uitleenfaciliteit zodat gebruikers de toepassing kunnen “uitproberen”.
- Het gesprek aangaan met de commerciële afdelingen van de zorgverzekeraars: is Real Time Medication Monitoring interessant voor opname in een aanvullende verzekering of collectieve verzekering. Hierbij is het de vraag of de relatief kleine groep verzekerden voldoende interessant is.

Met het bovenstaande advies is de casus op 11 oktober afgesloten.

5.3 Casus 2: Dieetinzicht

In het voorjaar van 2013 werd duidelijk dat de aanmelding van Dieetinzicht bij de Achmea Zorginnovatie Desk zou gaan leiden tot een concreet vervolg: een aanvraag in het kader van de Beleidsregel Innovatie. Het verloop van de aanmelding was in het kader van het onderdeel “hoor en wederhoor” reeds op enige afstand gevolgd waardoor er een goed beeld was van de meerwaarde die men bij de Zorginnovatie Desk zag in de inzet van Dieetinzicht bij dieetadvisering. Bij aanvang van deze casus was de vraag daarom: Wat beogen Diëtistenpraktijk HRC en Achmea met de aanvraag voor de Beleidsregel Innovatie? Wat wil men gaan aantonen c.q. aangetoond zien, en welk onderzoek wil men hiervoor gaan uitvoeren?

5.3.1 Aanpak

Nadat bekend werd dat de aanmelding van Dieetinzicht bij de Zorginnovatie Desk tot een vervolg zou leiden, is contact gezocht met Achmea, Bonstato en Diëtistenpraktijk HRC om informatie in te winnen omtrent de motivaties van deze partijen om een aanvraag in te dienen voor de Beleidsregel Innovatie.

Hieruit bleek dat Achmea en Diëtistenpraktijk HRC een pilot beogen waarin drie alternatieve zorgpaden met elkaar worden vergeleken in termen van effectiviteit (de doeltreffendheid van de behandeling) en efficiëntie (het slimmer benutten van de tijd die beschikbaar is voor dieetadvisering). Deze zorgpaden zijn:

1. regulier face-to-face dieetadvies;
2. een combinatie van face-to-face dieetadvies en online dieetadvies met inzet van Dieetinzicht;
3. volledig online dieetadvies met inzet van Dieetinzicht.

Het derde zorgpad, volledig online dieetadvies, is momenteel vanwege bepalingen in de zorgprestatie niet toegestaan. De aanvraag voor de Beleidsregel Innovatie is dan ook bedoeld om dit tijdelijk (d.w.z. voor een periode van drie jaar) mogelijk te maken zodat in deze periode een effectmeting kan plaatsvinden.

Op het moment dat deze casus van start ging, was de betrokken zorgaanbieder begonnen met het uitwerken van de benodigde voorstellen. Naast de aanvraag voor de Beleidsregel Innovatie betrof het hier tevens een subsidieaanvraag bij Stichting Theia (een fonds van Achmea) om het benodigde onderzoek (uit te voeren door de Erasmus Universiteit) te financieren. De casus was er daarom op gericht om te verhelderen welke eisen er door de stakeholders (met name de zorgverzekeraar) t.a.v. de te verzamelen bewijslast worden gesteld.

5.3.2 Opgedane inzichten

Op basis van gesprekken met de drie betrokken partijen hebben we een goed inzicht gekregen in de meerwaarde die zij zien in de inzet van DieetInzicht, en de verwachtingen die zij t.a.v. een pilot hebben:

- Volgens Diëtistenpraktijk HRC kan de inzet van DieetInzicht leiden tot een effectievere behandeling binnen hetzelfde budget. De vergoeding van dieetadvies is namelijk gebaseerd op een vast bedrag per 10 minuten, met een maximum van drie uur per kalenderjaar; daarna betaalt de patiënt zelf. Met DieetInzicht kan beter geëvalueerd worden wat er in een bepaalde periode is gebeurd, het maakt gericht advies mogelijk, het bevordert zelfmanagement van de patiënt, en het creëert meer mogelijkheden voor (online) contact.
- Bonstato voegt hieraan toe dat de inzet van DieetInzicht het imago en de concurrentiepositie van de diëtist kan verbeteren. Als dieetadvies (deels) online kan plaatsvinden dan is dit drempelverlagend voor patiënten, want zij hoeven niet steeds vrij te nemen en te reizen voor een afspraak. Volledig online dieetadvies kan ertoe gaan leiden dat de diëtistenpraktijk niet meer gebonden is aan de eigen regio en in principe landelijk kan gaan opereren. Betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling leidt mogelijk tot minder terugvalgedrag en is daarom interessant voor de zorgverzekeraar (schadelastreductie).
- Achmea ziet de inzet van DieetInzicht als het inzetten van eHealth om de tijd die er binnen regulier dieetadvies beschikbaar is, slimmer en efficiënter te benutten. De indicatoren die door Diëtistenpraktijk HRC zijn gebruikt in de business case bieden een goede basis voor een onderzoek, maar e.e.a. zal nog wel nader uitgewerkt moeten worden in samenwerking met onderzoekers van de Erasmus Universiteit. Vanuit Achmea werd nog opgemerkt dat DieetInzicht nog wel verder doorontwikkeld zal moeten worden voordat het geschikt zal zijn voor landelijke opschaling. Dit is voor Achmea een belangrijk criterium. Diëtistenpraktijk HRC zal ook aannemelijk moeten maken hoe DieetInzicht landelijk uitgerold kan worden, bijvoorbeeld door draagvlak aan te tonen bij, en samenwerking te zoeken met, de Federatie Onafhankelijke Ondernemende Diëtisten (FOOD).

Naar aanleiding van de gesprekken hebben we de beschikking gekregen over de gedetailleerde business case die voor Achmea is opgesteld evenals de aanvraag voor de Beleidsregel Innovatie. In de business case is voor de drie zorgpaden (regulier, deels online, en volledig online) een gedetailleerde overzicht gemaakt van alle activiteiten die binnen het behandeltraject worden uitgevoerd, inclusief de hiervoor benodigde declareerbare en niet-declareerbare tijd. Uit een vergelijking tussen de drie paden kan worden opgemaakt hoe de inzet van DieetInzicht leidt tot een efficiëntere inzet van de beschikbare tijd (m.a.w.: substitutie).

In de aanvraag voor de Beleidsregel Innovatie worden de volgende doelstellingen voor de pilot benoemd:

- De gedeclareerde behandeltime van online dieetadvies zal gemiddeld de helft minder zijn ten opzichte van regulier face-to-face dieetadvies met hetzelfde aantal of meer consulten, berekend over een behandeltraject van één jaar.
- De behandelresultaten (zoals gewicht, bloeddruk en glucosewaarden, maar ook kwaliteit van leven) van online dieetadvies zijn gemiddeld minstens net zo goed zijn als bij reguliere face-to-face dieetadvies.

De indicatoren die in de aanvraag zijn gedefinieerd om dit te meten, zijn:

- Door de diëtist gedeclareerde tijd voor cliënten die dieetadvies via het reguliere face-to-face traject ontvangen en de tijd die is besteed aan cliënten die online dieetadvies ontvangen.

- Waarden zoals lichaamsgewicht, lichaamssamenstelling, bloeddruk en glucosewaarden, voorafgaand aan de behandeling en na 3, 6, en 12 maanden behandeling.
- Meting van kwaliteit van leven door middel van gestandaardiseerde vragenlijsten (afhankelijk van het ziektebeeld).

Er wordt beoogd om in een jaar tijd minimaal 100 cliënten (deels) online te behandelen. De tijdsinvestering per cliënt zal gedurende de gehele periode geregistreerd worden. Na een jaar zullen de gegevens van cliënten die (deels) online behandeld zijn vergeleken worden met de gegevens van cliënten die regulier face-to-face behandeld zijn.

Uit het bovenstaande blijkt dat, in overleg met de verzekeraar en academische experts, een evaluatiestudie wordt uitgewerkt waarin een groot aantal met elkaar samenhangende factoren m.b.t. de effectiviteit van de behandeling wordt gemeten, in combinatie met een meting van de tijd die de behandeling gedurende een jaar vraagt van de zorgverlener.

5.3.3 Afsluiting van de casus

Geconcludeerd kan worden dat er al goed omlijnde ideeën bestonden omtrent de evaluatie van DieetInzicht. Deze ideeën zijn bovendien tot stand gekomen in nauw overleg met de zorgverzekeraar. De uitwerking geeft een goede indruk van de aspecten waarop de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar de toepassing willen gaan evalueren, en de indicatoren die zij hiervoor willen gebruiken.

Om sterker te staan richting Stichting Theia, is de zorgaanbieder momenteel bezig de krachten te bundelen met zorggroep IZER, Rijnmondnet en Erasmus Universiteit Rotterdam. De gesprekken hierover zijn op het moment van schrijven van dit rapport nog gaande, waardoor het op dit moment niet duidelijk is welke aspecten in de uiteindelijke aanvraag zullen worden meegenomen. Hierdoor is het op dit moment niet mogelijk om ten aanzien van deze case verdere conclusies te trekken. De gekozen aanpak sluit desalniettemin goed aan bij de SomeHealth inzichten.

5.4 Casus 3: TeleEpilepsie

Het TeleEpilepsie project van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Pontes Medical en de epilepsiecentra SEIN en Kempenhaeghe heeft ten doel een medisch apparaat te ontwikkelen om nachtelijke epilepsieaanvallen in de thuissituatie en in epilepsie-instellingen te kunnen detecteren. Dit apparaat fungeert als alarmsysteem voor ouders en/of verzorgenden van patiënten met epilepsie die in de nacht regelmatig aanvallen hebben. Nu worden deze aanvallen vaak gemist (in zorginstellingen) of is het voor verzorgenden in de thuissituatie belastend om de patiënt continue te monitoren. De belangrijkste doelgroep zijn kinderen die thuis wonen en cliënten met een zware verstandelijke beperking die in zorginstellingen wonen.

5.4.1 Aanpak

In voorbereiding op de thuishand van het TeleEpilepsie project is aan de hand van de vier innovatieroutes onderzoek gedaan naar de stakeholders, hun wensen en belangen en welke bewijslast hen overtuigt. In het onderzoek is in eerste instantie gesproken met partijen die relatief direct betrokken zijn bij de ontwikkeling van het TeleEpilepsie project, zoals de Epilepsie Vereniging Nederland en zorgverleners van SEIN en Kempenhaeghe. Daarna zijn ook minder direct betrokken partijen geïnterviewd, zoals adviseurs van het College voor Zorgverzekeringen en zorgverzekeraar Achmea. De informatie uit de interviews is verwerkt tijdens gezamenlijke interpretatiesessies die de basis vormden voor het rapport over dit

onderzoek, *Rapportage TeleEpilepsie* (de Haan et al., 2013). Het hierna volgende is een verkorte weergave van dit rapport.

5.4.2 Opgedane inzichten

Uit het onderzoek kwam naar voren dat voor de twee doelgroepen, patiënten die thuis wonen en patiënten die in zorginstellingen wonen, de routes verschillend zijn:

- Voor thuis wonende patiënten is het besluit dat het CVZ in het najaar van 2013 zal nemen over de vergoeding van hulpmiddelen voor epilepsiepatiënten cruciaal. Afhankelijk hiervan zal het TeleEpilepsie systeem direct aan de patiënt verkocht moeten worden (de consumentenroute), of in het basispakket opgenomen worden (de overheidsroute). Voor de consumentenroute is het belangrijk om vertrouwen te creëren bij de patiënten. Dit kan door zorgverleners en patiëntenverenigingen te overtuigen. Daarnaast is betaalbaarheid van groot belang. Voor de overheidsroute is het belangrijk om, na het besluit van het CVZ, met de zorgverzekeraars in overleg te gaan. Het is voor de zorgverzekeraars belangrijk dat er een sluitende business case is. Verder zijn veiligheid, draagvlak en opschaalbaarheid van belang.
- Voor patiënten die in een instelling wonen hangt de route af van het type instelling. In het geval van epilepsiecentra is de aanbiedersroute het meest waarschijnlijk omdat deze centra de financiële ruimte hebben om in (geavanceerde) detectiesystemen te investeren. Voor de aanbiedersroute is het belangrijk om de business case voor de zorgaanbieder sluitend te maken. In het geval van instellingen voor verstandelijk gehandicapten lijkt de verzekeraarsroute waarschijnlijker, omdat deze instellingen minder financiële ruimte hebben. Dit heeft te maken met een grotere verscheidenheid aan patiënten in deze instellingen en de bijbehorende zorgzwaartepakketten. Bij deze route is het, naast een enthousiaste zorgaanbieder, ook belangrijk om de business case voor de zorgverzekeraar sluitend te maken.

Voor de thuishuishouding zal er dus gekeken moeten worden naar de verschillende situaties en hun bijbehorende business cases. Bij de evaluatie van het TeleEpilepsie systeem is het belangrijk om, waar mogelijk, gebruik te maken van “harde” data. De zorgverzekeraar is hier in het bijzonder in geïnteresseerd. Daarnaast is het belangrijk om ontwerp wensen van patiënten en zorgverleners mee te nemen.

In *Rapportage TeleEpilepsie* (de Haan et al., 2013) wordt uitgebreider gerapporteerd over de gevolgde aanpak en de conclusies van dit onderzoek.

5.4.1 Afsluiting van de casus

In het TeleEpilepsie project wordt momenteel gewerkt aan de concrete uitwerking van de thuishuishouding. De bevindingen uit het bovenstaande rapport dienen hierbij als leidraad. Daarnaast heeft het CVZ in oktober 2013 het concept-rapport *Functiegericht omschrijving hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn* uitgebracht (de Wit, 2013). Hierin wordt gesteld dat er ten aanzien van detectie- en alarmeringsapparatuur weinig wetenschappelijke literatuur m.b.t. de effectiviteit beschikbaar is, en dat de beschikbare studies bovendien van matige kwaliteit zijn. Daarnaast zijn er geen richtlijnen of protocollen gevonden over het gebruik van detectie- en alarmeringsapparatuur. Het CVZ concludeert daarom in dit rapport dat deze apparatuur niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk – met andere woorden, vooralsnog niet in aanmerking komt voor vergoeding vanuit het basispakket.

Het CVZ-rapport meldt echter nog het volgende:

“Op het moment dat nu in ontwikkeling zijnde, nieuwe detectiesystemen beschikbaar komen en aanvullend onderzoek beschikbaar is (2014/2015), waaruit blijkt dat deze hulpmiddelen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, kunnen zorgverzekeraars deze hulpmiddelen vergoeden ten laste van de basis. Deze hulpmiddelen vallen immers onder de reikwijdte van de nu geadviseerde functiegerichte omschrijving, zodat een wijziging van de te verzekeren prestatie niet nodig is. Zo nodig kunnen wij op verzoek van partijen een nieuwe beoordeling doen.”

Naar aanleiding hiervan vindt er momenteel afstemming plaats tussen het CVZ en het TeleEpilepsie project over de opzet van de thuiStrial. Hiermee wordt de kans bevorderd dat de thuiStrial te zijner tijd overtuigende bewijslast zal opleveren. Deze afstemming sluit goed aan bij de SomeHealth inzichten.

5.5 Discussie en conclusie

Action research is een “lastig” onderdeel van het SomeHealth onderzoek gebleken. Het tempo waarin de ontwikkelingen zich voltrokken lag in twee cases aanzienlijk lager dan van tevoren ingeschat (Dieetinzicht en TeleEpilepsie), en een onverwachte beslissing betekende het einde van de derde casus (DiMove). Beïnvloeding van een situatie om vervolgens te onderzoeken of dit een gewenst resultaat zou opleveren (de kern van action research) kon hierdoor slechts zeer beperkt plaatsvinden. Op zichzelf is dit wel een bevestiging van de ervaringen die ondernemers in het onderdeel “deep dives” (zie hoofdstuk 2) hebben gedeeld: de praktijk is weerbarstig en onvoorspelbaar, en de ondernemer moet over een goede dosis doorzettingsvermogen beschikken.

Desalniettemin zijn in de contacten met de diverse partijen zaken naar voren gekomen die hebben geleid tot aanscherping van de bestaande inzichten:

- De resultaten van met name de DiMove casus hebben geleid tot aanscherping van de inzichten m.b.t. wat de verzekeraar belangrijk vindt ten aanzien van verzamelde bewijslast. Dankzij de medewerking van de zorgverzekeraar konden een aantal eisen en aandachtspunten worden verzameld die zijn verwerkt in de factsheets.
- In de DieetInzicht casus kwam duidelijk naar voren hoe belangrijk een gedetailleerde cijfermatige business case is voor de zorgverzekeraar. Het toegezonden materiaal gaf een goed beeld van de informatie die een verzekeraar in business cases wil terugzien, en vormde een bevestiging van hetgeen hierover in het onderdeel “hoor en wederhoor” al was geconcludeerd.
- De TeleEpilepsie casus bood voor het eerst de mogelijkheid om de overheidsroute te onderzoeken. Een nieuw inzicht is dat deze route ook vanuit het CVZ geïnitieerd kan worden, zoals in dit geval voor hulpmiddelen voor epilepsiepatiënten. Het CVZ onderzoekt hiertoe de wetenschappelijke literatuur en vraagt zorgpartijen om een standpunt in te nemen (“stand van de wetenschap en praktijk”). Bij een positief advies kan voor dit type hulpmiddelen in het vervolg de verzekeraarsroute worden gevolgd.

6 Good practices: leren van “bewezen” succes

Ondanks de rijkheid van de voorgaande casestudies, 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 onderdeel is in het najaar van 2013 door middel van een combinatie van desk research en interviews uitgevoerd voor vijf succesvolle cases.

6.1 Doelstelling

In het project *Succesvol ondernemen met eHealth* is gewerkt aan het duiden van innovatieroutes voor eHealth toepassingen, en het ontwikkelen van factsheets die toelichten hoe een ondernemer stakeholders zoals verzekeraars, zorgaanbieders, en patiënten kan betrekken en overtuigen. Vanaf de zomer tot en met december van 2013 is een validatieslag op de innovatieroutes uitgevoerd. In deze slag zijn de resultaten getoetst in een vijftal casestudies van eHealth innovaties die daadwerkelijk structureel zijn ingebed in de dagelijkse zorgpraktijk. Deze innovaties zijn:

- *BP@Home* van MobiHealth;
- *ZWIP* van Protopics;
- *Tinyeye* van TinyEYE;
- Het *Digitale Zorgplatform* van De Telegraaf;
- *Moet ik naar de dokter?* van MINDD.

In dit onderzoek stonden de praktijkervaringen (good en best practices) van de betreffende eHealth ondernemers centraal: welke routes volg(d)en zij, welke stakeholders proberen zij te overtuigen, en met welke bewijslast deden ze dat? De ervaringen van de ondernemers zijn verzameld door middel van een combinatie van desk research en interviews. Hierin 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.

Het onderzoek heeft onder andere geleid tot aanscherping van de innovatieroutes en tot aanbevelingen voor (startende) eHealth-ondernemers. In het rapport *Good practices: leren van bewezen succes* (Haaker et al., 2013) wordt een volledige weergave van het onderzoek en de resultaten gegeven. In dit hoofdstuk vatten we alleen de conclusies samen.

6.2 Aanbevelingen ten aanzien van de SomeHealth innovatieroutes

Op basis van de vijf cases concluderen we 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 enkele 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^{ste}, 2^{de} en 3^{de} lijns gezondheidszorg kan semi-maatwerk van de innovatie noodzakelijk zijn.

6.3 Aanbevelingen vanuit de cases aan (startende) eHealth ondernemers

Het onderzoek leidt tot de volgende aanbevelingen voor 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 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.

7 Aanbevelingen en conclusies

Hieronder sommen we puntsgewijs de belangrijkste inzichten en conclusies op van de vier onderdelen van het onderzoek. Deze zijn op het moment van schrijven van dit rapport reeds zo veel mogelijk verwerkt in de beschrijving van de innovatieroutes en de toelichtingen in de factsheets.

Deep dives

Het is essentieel dat de ondernemer tijdig bepaalt wie voor zijn of haar innovatie de relevante stakeholders zijn, met name wie de partijen zijn die een beslissende stem zullen hebben in de structurele inbedding. Als bewijslast voor hen belangrijk blijkt, is het is zaak om zorgvuldig met hen af te stemmen welke eisen zij aan de te verzamelen bewijslast stellen.

Stakeholders dienen tevens nauw betrokken te zijn bij de uitwerking van de aanpak die, al dan niet in samenwerking met experts van onderzoeksinstituten, gekozen wordt om bewijslast te verzamelen. Er dient overeenstemming te worden bereikt over hoe “sterk” de bewijslast moet zijn om overtuigend te zijn, en of de inzet van “zware” methoden zoals RCT's (met andere woorden: kostbaar en langdurig onderzoek) wel gewenst en noodzakelijk is. Indien “sterke” bewijslast wenselijk is, dan kan de drietraps-benadering (zoals in paragraaf 3.3 besproken) mogelijk als uitgangspunt worden gebruikt.

Bewijslast is weliswaar een belangrijk middel om partijen te overtuigen van de meerwaarde van een innovatie, maar voor de acceptatie van een idee door stakeholders spelen ook andere aspecten een rol, zoals de herkenbaarheid en geloofwaardigheid van een innovatie. Ondernemers moeten zich hier terdege van bewust zijn.

Hoor en wederhoor

De drie aanmeldingen bij de Achmea Zorginnovatie Desk geven een goed inzicht in de criteria die door een zorgverzekeraar worden gehanteerd. De belangrijkste zijn:

- Is er wel voldoende draagvlak voor de toepassing?
- Hoe kan de toepassing worden ingepast in bestaande zorgprocessen?
- Hoe leidt de toepassing tot substitutie (bijvoorbeeld doordat het bijdraagt aan zelfmanagement)?
- Wordt er wel voldoende ingespeeld op eisen en wensen van zorgverleners en patiënten?
- Is de toepassing voldoende uitontwikkeld?

Dit zijn zaken waarop de zorgverzekeraar op let en die ondernemers in een cijfermatige business case zullen moeten onderbouwen.

Action research

Dit is een “lastig” onderdeel gebleken: het tempo waarin ontwikkelingen zich voltrokken lag aanzienlijk lager dan van tevoren ingeschat, en een onverwachte beslissing betekende het einde van een van de drie cases. Dit vormt, op zichzelf, een bevestiging van de ervaringen van de ondernemers: de praktijk is weerbarstig en de ondernemer moet over een goede dosis doorzettingsvermogen beschikken.

Desalniettemin heeft dit onderdeel tot aanscherping geleid van een aantal inzichten:

- De resultaten hebben geleid tot aanscherping van de inzichten m.b.t. wat de verzekeraar belangrijk vindt ten aanzien van verzamelde bewijslast. Zo konden een aantal aandachtspunten en tips worden verzameld die inmiddels zijn verwerkt in de factsheets. Ook het belang van een gedetailleerde cijfermatige business case voor de zorgverzekeraar kwam (opnieuw) naar voren.
- Dit onderdeel bood voor het eerst de mogelijkheid om de overheidsroute te onderzoeken. Een nieuw inzicht is dat deze route ook vanuit het CVZ geïnitieerd kan worden, zoals in dit geval voor hulpmiddelen voor epilepsiepatiënten. Het CVZ onderzoekt hiertoe de wetenschappelijke literatuur en vraagt zorgpartijen om een standpunt in te nemen (“stand van de wetenschap en praktijk”). Bij een positief advies kan voor dit type hulpmiddelen in het vervolg de verzekeraarsroute worden gevolgd.

Good practices

Naast een aantal aanbevelingen voor eHealth ondernemers heeft dit onderdeel geleid tot enkele aanscherpingen van de innovatieroutes:

- 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. Ze probeert ook aandacht te vragen voor specifiek beleid dat verzekeraars vanuit hun (op afstand van de overheid geplaatste) rol niet zomaar adopteren.
- 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, de specialisten, en het middle management.
- Toepassing van de innovatieroutes is zelden of het ene of het andere pad, maar vaak een combinatie van meerdere paden. eHealth-ondernemers kunnen op basis van de routes valkuilen omzeilen en beter doorzien welke stappen ze moeten zetten om tot succes te komen.

8 Referenties

- Achmea & ZonMw (2013). Toetsingskader voor eHealth toepassingen.
<http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/ict-ehealth/toetsingskader-projecten/>
- Achmea, Mediq & Evalan (2009). Business case RTMM begeleiding diabetes patiënten met driemaal daags orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen. Amsterdam: Evalan.
- Eisermann, U., Haase, I. & Kladny, B. (2004). Computer-aided multimedia training in orthopedic rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*, 2004, 83:670-680.
- 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>.
- Haaker, T., Ebbers, W., Krediet, I., & Janssen, R. (2013). Good practices: leren van bewezen succes. Zwolle: Windesheim. <http://www.somehealth.nl/wp-content/uploads/2013/12/Succesvol-ondernemen-met-eHealth-Good-Practices-versie-1.0-2013-12-16.pdf>.
- de Haan, W., Janssen, R., van Andel, J. & van Merkerk, R. (2013). Rapportage TeleEpilepsie. Zwolle: Windesheim. <http://www.somehealth.nl/wp-content/uploads/2013/08/Rapportage-TeleEpilepsieproject-final-version-v2.pdf>.
- Hettinga, M., Gutter, T. & te Gussinklo, JT. Real time medication monitoring with customized SMS reminders for people with refractory epilepsy. Will medication adherence levels improve when patients receive customized SMS reminders? In: *Proceedings of eTELEMED 2013: The Fifth International Conference on eHealth, Telemedicine, and Social Medicine*, 162-167. Wilmington, DE, USA: IARIA.
http://www.thinkmind.org/index.php?view=article&articleid=etelemed_2013_9_30_40251
- Hettinga, M., Haaker, T. & Schwieter, H. (2011). Succesvol ondernemen met eHealth. Ontwikkelen van een aanpak voor evidence based eHealth. Zwolle: Windesheim.
- Janssen, R. (2013). Gesprek met Pieter ten Have (Achmea) over de overtuigingskracht van de DiMove en SenseMedic studies (telefonisch, 24-05-2013). Zwolle: Windesheim.
- MOA (2013). Actie-onderzoek.
<http://www.moaweb.nl/kenniscentrum/digitaal-woordenboek/o/onderzoek-1/actie-onderzoek>.
- Stam, E., Groenewegen, P. & Wakkee, I. (2011). Inzicht in ondernemersnetwerken en innovatievermogen. *Economisch Statistische Berichten*, 96(4609s): 47-53.
<http://www.economie.nl/artikel/inzicht-ondernemersnetwerken-en-innovatievermogen>.
- Vervloet, M., van Dijk, L., Santen-Reestman, J., van Vlijmen, B., van Wingerden, P., Bouvy, M., & de Bakker, D. (2012). SMS reminders improve adherence to oral medication in type 2 diabetes patients who are real time electronically monitored. *Int J Med Inform*, 2012, 81(9):594-604.
- de Wit (2013). Functiegerichte omschrijving hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de mate van bewustzijn. Diemen: CVZ. (concept-rapport)

Bijlage A: casestudie aanmeldingsformulier

Beschrijving van de case	
Bedrijf & case	
Innovatie fase	☐ Inventarisatie fase ☐ Pilot fase ☐ Ontwerp fase ☐ Uitrol fase ☐ Experimenteer fase
Welke type(n) eHealth?	☐ Telemonitoring ☐ Telebehandeling ☐ E-consult tussen patiënt en professional ☐ E-consult tussen professionals onderling ☐ Elektronische dossiervorming ☐ Zelfdiagnose / management door patiënten ☐ E-buy ☐ Online lotgenotencontact
Beschrijving innovatie	

Betrokkenen en voordelen		Evidence based	
Klanten en gebruikers		Bijdrage(n)	☐ Effectiviteit ☐ Kostenefficiëntie ☐ Arbeidsbesparingen
Stakeholders en partners		Gebruikte aanpak voor Evidence based maken	

Bijlage B: deep dive interview protocol

[datum] Deep dive met [naam (bedrijf)] over [innovatie]

(Onderdelen A-C komen in het casestudie aanmeldingsformulier aan bod en kunnen worden overgenomen en tijdens het interview geverifieerd of aangevuld; vervolgens concentreren op onderdeel D)

(A) Beschrijving van de case

- *Wat is de naam van uw bedrijf en de naam van uw innovatie?*
- *In welke fase zit uw innovatie?*
- *Geef een korte beschrijving van uw innovatie*
- *Welke type ehealth karakteriseert uw innovatie?*

(B) Betrokkenen, hun belangen en voor- en nadelen

- *Wie zijn de klant en gebruiker en wat zijn hun voordelen en nadelen mbt. de innovatie?*
- *Wie zijn de overige stakeholders? Wat zijn hun belangen en voor- en nadelen? (denk aan: zorgaanbieder, zorgverzekeraar, overheid, leverancier, financier, samenwerkingspartner, ...)*
 - *Hoe ziet het netwerk / business model eruit?*
 - *Welke rol spelen de stakeholders of partners?*
 - *Welke belangen, wensen of eisen hebben zij hierbij?*

(C) Evidence

- *Wat is volgens u de belangrijkste bijdrage van de innovatie?*
- *Waardoor denkt u dat de verschillende betrokkenen (klant / gebruiker / zorgaanbieder / zorgverzekeraar / overheid / ...) zich laten overtuigen?*
- *Wat zijn voor deze betrokkenen of stakeholders de belangrijkste maten en criteria?*
- *Welke onderzoeksmethoden (aanpak of instrumenten) heeft u gebruikt om evidence aan te tonen?*
- *Welke evidence heeft u daarmee aangetoond (of wilt u nog aantonen) op het gebied van:*
 - *Effectiviteit*
 - *Efficiency*
 - *Arbeidsbesparing*

- *Hoe worden de onderzoeksmethoden, maten en resultaten gewaardeerd door klant / gebruiker / zorgaanbieder / zorgverzekeraar / overheid / ...)?*

(D) Innovatieroute

- *Welke innovatieroute hebt u gevolgd?*

Type eHealth toepassing	Zorginhoudelijk ("wat")	Niet zorginhoudelijk ("hoe")
Preventie		
Cure		
Care		
Wellness		

- *Wat was het startpunt of de aanleiding van de innovatie?*
- *Welke stappen hebt u gezet om de innovatieroute af te leggen?*
 - *Inventarisatie?*
 - *Ontwerp en ontwikkeling?*
 - *Evaluatie of pilot?*
 - *Uitrol?*
 - *Met wie werkt of werkte u samen?*
- *Welke evidence hebt u gedurende het traject verzameld?*
 - *Wie heeft u moeten overtuigen?*
 - *Welke evidence (maten, criteria, methoden) heeft u verzameld? Met wie? Hoe werd dat gewaardeerd?*
 - *Hoeveel moeite (tijd, geld) kostte dat? (Hoe) hielp het om verder te komen?*
 - *Tegen welke obstakels bent u opgelopen? Welke hebt u kunnen overwinnen en welke moet u nog overwinnen?*
- *Wat heeft u gedaan of geprobeerd om het 'spel' te spelen om van bewezen meerwaarde tot daadwerkelijke implementatie te komen?*