ZORGINNOVATIE-AGENDA
(DEEL B)

MOBILISEER ONBENUT POTENTIEEL

Zelfzorg, informele zorg en capaciteitsmanagement

CbusineZ
Partner in zorginnovatie

“Het doel is niet “zorg afschuiven”, maar zorg slimmer organiseren”



ZORGINNOVATIE-AGENDA (DEEL B)

CbusineZ lanceert ter gelegenheid van haar 25-jarig bestaan de Zorginnovatie-agenda: tien missies die gezamenlijk het verschil kunnen maken in de uitdagingen waar de zorg voor staat. In deze publicatiereeks bespreken we steeds drie van deze missies.

We willen op basis van deze agenda graag in gesprek gaan en coalities vormen met innovatoren, patiënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders, investeerders, beleidsmakers en anderen om samen de zorg te transformeren. Als je een idee hebt voor een innovatie, hulp zoekt om een innovatie op te schalen, of een ander perspectief hebt op wat er nodig is, roepen we je op contact met ons te zoeken.

We hebben de missies geclusterd in vier delen:

A. Verminder vraag

1. **Passende zorg** - Hoe leren we onszelf en elkaar te helpen iets niet meer te doen?
2. **Proactieve zorg** - Hoe leren we verder vooruit te handelen en zo ziektes vroeg te stoppen of erger te voorkomen
3. **Preventie** - Hoe zorgen we ervoor dat thuiswonende 60-plussers minder vaak en minder hard vallen, zodat ze de helft minder heupbreuken oplopen?

B. Mobiliseer onbenut potentieel

4. **Zelfzorg** - Hoe maken we mensen sterker door zelf meer te doen?
5. **Informele zorg** - Hoe geven we meer gepensioneerden een betekenisvolle zorgrol?
6. **Capaciteitsmanagement** - Hoe zetten we zorgprofessionals met meer plezier en efficiëntie in?

C. Werk effectiever

7. **Triage** - Hoe zorgen we dat GGZ- en MSZ-patiënten gelijk goed terechtkomen?
8. **Automatiseren** - Hoe nemen we werk weg in de eerste lijn, GGZ en MSZ met slimme warme technologie?
9. **Interoperabiliteit** - Hoe maken we data realtime, betekenisvol en zonder maatwerk de brandstof voor alle andere missies?

D. Blijven verwonderen

10. Welke vraag stellen we nu nog niet, maar moeten we wél stellen?

B.

Mobiliseer onbenut potentieel

In deze publicatie ligt de focus op drie innovatiemissies die gaan over het mobiliseren van onbenut potentieel: zelfzorg, informele zorg en capaciteits-management. We zijn ervan overtuigd dat als we zorgprofessionals, patiënten en naasten goed ondersteunen, hen veel beter in kunnen zetten.



Zelfzorg

De innovatiemissie: Hoe maken we mensen sterker door zelf meer te doen?
Hoe nemen patiënten/cliënten en hun naasten 1 op de 5 handelingen van huisarts en thuiszorg over – met kennis, vertrouwen en steun? Het doel is niet "zorg afschuiven", maar zorg slimmer organiseren: de professional valideert en fungeert als vangnet en, terwijl eenvoudige, herhaalbare handelingen zo-veel mogelijk thuis en zelfstandig gebeuren.

Waarom deze missie

De druk op huisartsenzorg en thuiszorg groeit al jaren, en de vooruitzichten zijn ronduit stevig. In 2034 kunnen 15 miljoen patiëntencontacten en visites bij huisartsenpraktijken niet meer plaatsvinden. In de thuiszorg loopt het personeelstekort op naar ~27 duizend mensen in 2033. Als we deze realiteit accepteren, dan is "zelf doen waar het kan" geen nice-to-have, maar een harde voorwaarde om toegankelijkheid te behouden.

Eerste denkrichting

We draaien het om: van "iemand moet het voor mij doen" naar "ik kan dit zelf, veilig en slim met mijn naasten en met een vangnet". Concreet: maak het makkelijk om handelingen zelf te doen die (1) vaak voorkomen, (2) goed te standaardiseren zijn, en (3) bij voorkeur in de privésituatie (met goede instructie van bijvoorbeeld thuiszorg) veilig uitvoerbaar zijn. Zelfredzaamheid vraagt daarbij wél om kwaliteitsafspraken, training en escalatiemogelijkheden.

De hefboom zit in "minuten winnen op schaal". Als er ~80 miljoen huisartscontacten en richting de 600 duizend thuiszorgcliënten zijn en je verschuift bij een deel daarvan één korte handeling (bijv. meten/ registreren/ voorbereiden/ zelfzorgactie) naar de thuisomgeving met digitale begeleiding, dan creëer je een structureel effect. Zeker wanneer je het combineert met een micro-training (5–15 min), een "buddy" die checkt of iemand het goed uitvoert (digitaal of fysiek), duidelijke drempelwaarden (wanneer wél contact) en standaard escalatiestappen.

Mogelijke elementen



1 Handelingenrecept met escalatiestappen: expliciete afspraak: wat iemand zelf doet, hoe, en wanneer escaleren.



2 Digitale en fysieke zelf-doen-kits: gestandaardiseerde set (materiaal + instructie + hygiëne/veiligheidscheck), digitale buddy ("wat nu?" begeleiding met drempelwaarden en slimme triage), domotica en robotica.



3 Digitale vaardighedenpas: aantoonbare micro-skills (patiënt én naaste).



Waardering: belonen van zelfzorg (tijd, gemak, erkenning) i.p.v. alleen zorgconsumptie.

Veelbelovende innovaties

In sprints nieuwe werkwijze neerzetten:
Het Zorgnetwerk Midden-Brabant en de regio West-Brabant Oost ontwikkelen aan de hand van een sprintmethodologie nieuwe 'klantreizen' met als doel om mensen meer zelf te laten doen. Door in de hele keten technologie toe te passen én de manier van werken aan te passen, stellen zorgprofessionals patiënten en hun omgeving in staat om zelfredzaam te worden. Inmiddels lukt het bijvoorbeeld 40% van de wijkzorgcliënten om met de oogdruppelbril zelf te druppelen. Ook de campagne "steunkousen kun je zelf" heeft geleid tot een forse afname van zorggebruik voor steunkousen.

Mensen sterker maken:
Envida, MUMC+ en Vitala+ hebben een zelfzorg-academie, waar patiënten of mantelzorgers handelingen aanleren. Patiënten krijgen zo meer eigen regie en kunnen langer thuis blijven wonen. Stichting Kompaz helpt deze aanpak landelijk uit te rollen.



Oproep

Aan innovatoren: bouw niet nog een losse app, maar een evidence-based "zelf-doen oplossing": (1) protocollen + drempelwaarden, (2) training in micro-modules, (3) meetbare uitkomsten (tijdwinst, veiligheid, herhaalbaarheid), en (4) interoperabiliteit met IT-systemen in de huisartsenzorg en wijkverpleging. Neem inclusie serieus: ontwerp óók voor lage gezondheidsvaardigheden en beperkte digitale vaardigheden.

Aan huisartsen, wijkverpleging, zorgverzekeraars, gemeenten, patiëntenorganisaties en toezichthouders: kies samen een landelijke shortlist van 10–20 handelingen (met uniforme instructies en escalatie), organiseer gezamenlijke opschaling, en leg vast hoe "handelingenrecepten" voor niet-zorgverleners juridisch en procesmatig landen in het dossier. Als we het capaciteitstekort richting 2034 serieus nemen, dan is dit het moment om van pilots naar normale zorg te bewegen.



Informele zorg

De innovatiemissie: Hoe geven we meer gepensioneerden een betekenisvolle zorgrol?

Hoe nemen gepensioneerden doelgericht 1 op de 5 niet-voorbehouden verpleegkundige handelingen over voor zorgbehoevenden in hun omgeving – veilig, gewaardeerd en met trots? De kern is taakverschuiving die echt voelbaar is op de werkvloer. Niet “extra handen” erbij, maar een scherpe, afgebakende set routinetaken die verzorgenden en verpleegkundigen structureel uit hun dienst krijgen, met heldere bevoegdheden, korte training en slimme ondersteuning.

Waarom deze missie

Er is veel onbenut potentieel. In 2024 deed 53 procent van de 65 tot 75-jarigen vrijwilligerswerk; juist deze groep heeft relatief vaak tijd, een groot netwerk en motivatie om van betekenis te zijn. De economische logica is eenvoudig: met elke uur routinetaken dat je verplaatst naar een goedkopere, beschikbare groep, koop je schaarse verpleegkundige tijd vrij voor complex werk, én verlaag je uitstroom door werkdruk. Het succes meet je dus in vrijgespeelde verpleegkundige minuten per dienst, incidentratio, medewerkerstevredenheid en wachttijdreductie.

Eerste denkrichting

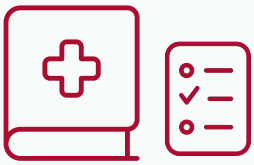
Maak van “gepensioneerden helpen soms mee” een licht, betrouwbaar systeem dat past binnen bestaande wetgeving en toezicht. Ontwerp het zoals een ‘regulier’ werkvloermodel, niet als vrijwilligersproject. Denk in roosters, buddy-systeem (eerste diensten altijd gekoppeld), VOG en aansprakelijkheidsverzekeringen, en één verantwoordelijke professional per dienst die taken delegeert en aftekent.

Mogelijke elementen

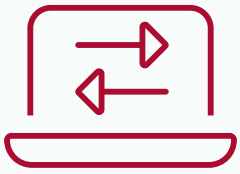
We zien vijf mogelijke elementen:



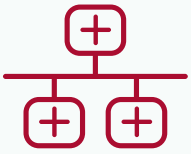
1 Micro-certificering: Gepensioneerden krijgen na elke training een micro-certificaat dat hun bekwaamheid aantoont.



2 Taakboek met overdraagbare taken: laat zien welke verpleegkundige taken veilig overdraagbaar zijn.



3 Taken-markt: een digitaal platform koppelt routinetaken aan geschikte gepensioneerden.



4 Netwerk per gebied: Elk gebied krijgt een lokaal netwerk van gepensioneerde zorghelpers.



5 Waardering en referentiebonussen: Dankmomenten en voordelen zorgen voor erkenning en motivatie.

Veelbelovende innovaties

Aanbod – Seniors helpen seniors:
Internationaal zie je modellen die laten zien dat elkaar helpen schaalbaar te organiseren is. Seniors Helping Seniors werkt met oudere helpers die niet-medische ondersteuning en gezelschap bieden, met training en een gestandaardiseerd dienstenpakket. Dat laat zien dat leeftijd geen belemmering hoeft te zijn, maar juist een matchingvoordeel kan worden (geloofwaardigheid, rust, herkenning).

Vraag – Verbinden via platforms:
Aan de vraagkant zie je platformen die taken standaardiseren en matchen. Papa organiseert bijvoorbeeld gezelschap en praktische hulp (boodschappen, vervoer, lichte huishoudelijke taken) via “Papa Pals”.



Oproep

Aan innovatoren: bouw niet enkel een app, maar een uitvoerbare “dienst plus governance” inclusief taakboek, micro-creditering, VOG/verzekering, en een dashboard dat vrijgespeelde verpleegkundige tijd hard maakt in minuten per dienst.

Aan zorgaanbieders: start met één afdeling en één taakcluster, meet strak op werkdruk en incidenten, en schaal pas als het rooster er daadwerkelijk door ontlast wordt.

Aan verzekeraars en VWS: maak bekostiging mogelijk op basis van vrijgespeelde capaciteit en lagere inzet van schaarse verpleegkundige uren, en faciliteer één landelijke standaard voor taakafbakening zodat dit niet tot lokale pilot-moeheid leidt.



Capaciteitsmanagement

De innovatiemissie: Hoe zetten we zorgprofessionals met meer plezier en efficiëntie in?

Hoe matchen we vraag en aanbod op maand-, week- en dagbasis? En hoe dirigeren we patiënten actief naar beschikbare plekken in de keten? Dit is zowel een “roosterprobleem” en/of “transferprobleem” voor individuele organisaties, als een regionaal systeemprobleem: variatie in instroom, uitstroom en personeelsbeschikbaarheid slaat overal tegelijk door naar werkdruk, wachttijden en kosten.

De kern van de missie is daarom simpel: voorspel beter, plan over organisatiegrenzen heen, en maak het voor professionals makkelijker om daar te werken waar ze het meeste verschil maken, op momenten dat het nodig is, met roosters die passen bij hun voorkeuren en bekwaamheden.

Waarom deze missie

De grootste productiviteitslekken zitten onder andere in hoe we capaciteit effectief inzetten. Zo worden er dagelijks gemiddeld 727 ziekenhuisbedden bezet door patiënten die eigenlijk ontslagen moeten worden.

Eerste denkrichting

Stel je voor: iedere zorginstelling én de regio vormen samen één groot, slim en dynamisch opererend systeem. In plaats van losstaande eilandjes met hun eigen planning en dashboards, werken we met een gezamenlijke vraagradar en een capaciteitsbord die iedere dag glashelder inzicht geven in de werkelijkheid. We zien direct hoeveel patiënten we verwachten – acuut via de SEH of gepland (electieve zorg) – en weten wie potentieel ontslagen kan worden. Tegelijk krijgen we real-time zicht op beschikbare vervolgzorg, zoals thuiszorg, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en verpleeghuisplaatsen (VVT), gekoppeld aan de inzet van personeel op basis van daadwerkelijke bekwaamheden.

De kracht van deze visie zit in het gezamenlijk sturen en daadwerkelijk durven handelen op dit gedeelde inzicht. Dat vraagt om meer dan nóg een dashboard; het vraagt om gezamenlijke stuurinstrumenten op basis van AI en goede afspraken waarop alle betrokken partijen besluiten durven nemen en uitvoeren.

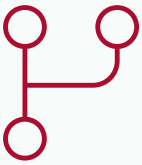
AI voorspelt op de korte termijn per locatie en zorgpad de verwachte instroom en uitstroom, en optimaliseert de match tussen beschikbare bedden, teams en transfercapaciteit. En met duidelijke afspraken doorbreken we de reflex dat iedere organisatie primair voor zichzelf optimaliseert – pas als je zeker weet dat anderen ook jouw uitdagingen helpen oplossen, ben je bereid vrije ruimte in te zetten.

Mogelijke elementen

We zien zes elementen die samen succes bepalen:



1 Regionale vraagradar en capaciteitsbord: transparantie en voorspellingen per afdeling en zorgpad.



2 Triage, capaciteitstoewijzing en transferadvies: voor de hele keten, met beslislogica die ook daadwerkelijk gebruikt mag worden.



3 Regiopool van personeel: gedeeld werkgeverschap, faciliteren van combineren van banen en rollen en gezamenlijk vaardigheden en bekwaamheidspaspoort.



4 Voorkeurgevoelig roosteren en zelfruilen: binnen kaders en met slimme digitale ondersteuning.



5 Prikkels, governance en processen: voor transparantie en samenwerking, met voldoende zekerheid dat je alleen capaciteit reserveert als de rest van het systeem ook ruimte heeft en dat wanneer je capaciteit vrijgeeft voor een andere, je over tijd ook capaciteit van die ander terugkrijgt.



6 Werkplezier, piek en capaciteit indicatoren: per team, met vaste interventieprocessen.

Veelbelovende innovaties

Pacmed laat zien hoe je met klinische data voorspellende modellen bouwt die direct capaciteit kunnen besparen. Door zo accuraat vraag en aanbod te vergelijken, kunnen ziekenhuizen slimmere keuzes maken. In eerste instantie door bijvoorbeeld bij uitval geen Personeel Niet In Loondienst in te zetten als dat niet nodig is, later bij succes door slimmere en scherpere keuzes te maken in inzet.

In de VS laten dit soort ventures zien duizenden "excess bed days" te kunnen verminderen. De interessante vraag voor Nederland: kunnen we zulke effecten verplaatsen van "één ziekenhuis" naar "een hele keten", inclusief VVT en thuiszorgcapaciteit?



Oproep

Aan innovatoren: Bouw niet het volgende losstaande planningsdashboard. Bouwproducten die bewijsbaar verkeerde ligdagen, overdrachtsmomenten en roosterfrictie reduceren, en die werken met de datapraktijk van vandaag (incl. beperkte datakwaliteit), maar wel ontworpen zijn voor regionale opschaling. Richt je op vier meetbare uitkomsten: voorspelbaarheid van roosters, doorstroomtijd van SEH, instroom naar vervolgzorg, en reductie van piekdruk per team.

Aan zorgaanbieders, verzekeraars en regio-organisaties (zoals ROAZ en de partijen achter regioplannen): Maak één regio "operationeel transparant" en leg vast welke besluiten jullie op basis van het gezamenlijke capaciteitsbeeld durven nemen. Begin klein, bijvoorbeeld met één zorgpad (zoals kwetsbare ouderen met vervolgzorg) en één operationele afspraak (transferbesluit binnen 24 uur). De paradox is dat dit spannend voelt, omdat het lokale autonomie beperkt, maar precies die autonomie veroorzaakt nu de dagelijkse verspilling van bedden, tijd en werkplezier.

CbusineZ

Partner in zorginnovatie