ZORGINNOVATIE-AGENDA
(DEEL C)

WERK EFFECTIEF

Triage, automatiseren en interoperabiliteit

CbusineZ
Partner in zorginnovatie


“We geloven dat als we slimmer werken, we meer mensen kunnen helpen met dezelfde capaciteit.”

ZORGINNOVATIE-AGENDA (DEEL C)

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?

C.

Werk effectiever

In deze publicatie ligt de focus op drie innovatiemissies die gaan over effectief werken om zo zuinig om te gaan met de schaarse capaciteit: Triage, automatiseren en interoperabiliteit. We geloven dat als we slimmer (niet harder!) werken, we meer mensen kunnen helpen met dezelfde capaciteit.



Triage

De innovatiemissie: Hoe zorgen we dat mensen die GGZ en MSZ nodig hebben direct goed terechtkomen?

De kern is eenvoudig: Na verwijzing (of zelfmelding) iemand direct koppelen aan de juiste plek – rekening houdend met de zorgvraag, het risicoprofiel, voorkeuren én de actuele beschikbaarheid in de regio. Het ambitieniveau is hoog, maar concreet: Eén duidelijke ingang, snelle inschatting, indien van toepassing warme overdracht, en daarna meten of iemand ook echt “goed geland” is. In lijn met de stepped care-principes hoort daar bovendien bij: Als de eerste stap niet past of niet voldoende werkt, dan gaat iemand zonder nieuwe dwaalweg door naar een andere plek.

Waarom deze missie

De urgentie is hoog. In de GGZ blijft de toegang structureel onder druk: Ruim 100 duizend mensen wachten op ggz en de totale wachttijd is gemiddeld 15-18 weken. In de MSZ is 44% van de wachttijden langer dan de Treeknorm. Als routing en matching niet radicaal verbetert, wordt schaarse capaciteit dus op de verkeerde plek ingezet – met als gevolg langere wachttijden en grotere gezondheidsverschillen. Bovendien worden plekken op de wachtlijst en schaarse intakecapaciteit nu bezet door mensen die elders beter geholpen zouden zijn.

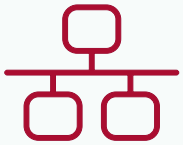
Eerste denkrichting

Ontwerp een regionale zorgroute zonder dwaalwegen: Een triage- en matchingslaag die boven (of in) de bestaande verwijssystemen hangt. De logica is: “Wat is de beste eerstvolgende stap voor díe persoon, nú, in díe regio?” – van eHealth en groepsaanbod tot hoogcomplexe zorg, inclusief terugvalopties en escalatiepaden.

Cruciaal is de feedbackloop: We meten of iemand “goed geland” is (start binnen norm, uitval/doorverwijzing, PROMs/uitkomsten, herhaalcontacten) en sturen bij als het niet klopt. En we maken de prikkel expliciet: Aanbieders verdienen aan het accepteren van patiënten en hen in één keer goed terecht laten komen (minder mismatch, minder dubbel werk, snellere start, betere uitkomsten), in plaats van aan volume en cherry picking.

Mogelijke elementen

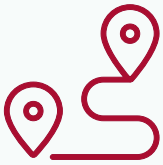
We zien de volgende elementen:



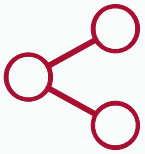
1 Transparantie aanbod: Capaciteits-API met vrije plekken en indicatie voor welke doelgroep deze plekken geschikt zijn.



2 Vraagverheldering: Verrijken en verhelderen van een patiëntvraag met een digitale oplossing.



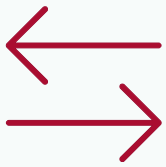
3 Algoritmes voor richten patiëntstromen: Inschatten van de ernst en diagnose, geautomatiseerde triage en routering, ingebouwd in ZIS'en, HIS'en en verwijzingsapplicaties.



4 Schakelpunten voor verwijzing: Die huisartsen helpen te verwijzen.



5 Patiënt-app: Voor voorkeuren en informatiedeling t.b.v. toewijzing, inclusief keuzehulp.



6 Prikkels en processen: Voor het uitruilen patiënten van de wachtlijst.



Oproep

Aan innovatoren: Bouw niet “nog een wachtlijsttool”, maar een end-to-end route: Intake/triage + matching + warme overdracht + meten van landing + bijsturen. Kom met bewijs: Waar win je tijd, waar daalt uitval, waar verbetert uitkomst? En ontwerp direct voor inbedding in HIS/ZIS en regionale werkafspraken – zonder dat blijft het pilot-theater.

Aan zorgaanbieders, zorgverzekeraars en regio-organisaties: Maak dit een gezamenlijke opgave. Spreek één ingang en één set definities af (wat is capaciteit, wat is passend, wat is “geland”), deel minimaal de noodzakelijke logistieke data en contracteer op juistheid en doorstroom in plaats van op wachtrijposities. De grootste winst zit niet in harder werken, maar in minder verkeerd werk – en deze missie maakt dat organiseerbaar.



Automatiseren

De innovatiemissie: Hoe nemen we werk weg in de eerste lijn, GGZ en MSZ met slimme warme technologie?

Zodat mensen al vóór het eerste consult geholpen worden en we 30% van de handelingen schrappen. In de praktijk gaat het om alles wat nu nog “voorbereiding”, “uitvraag” of “klein contact” heet, maar wel tijd vreet bij huisarts, POH, wijkteam, poli en behandelaren. De kern is dat technologie niet alleen een loket wordt, maar een collega: Empathisch in de interactie met de patiënt, strikt in klinische veiligheid en vooral in staat om bruikbare informatie terug te schrijven in HIS, KIS en EPD, zodat het zorgteam echt minder werk krijgt.

Waarom deze missie

Veel werk in de zorg gaat naar handelingen met minder toegevoegde waarde. Het gaat hier om administratie, waar mogelijk tot één-derde van de werktijd aan op gaat. Maar bijvoorbeeld ook om het ophalen van informatie bij de patiënt, het beantwoorden van simpele vragen, ervoor zorgen dat een patiënt op tijd aanwezig is. Juist zodat zorgverleners zich kunnen richten op de taken die de meeste toegevoegde waarde hebben.

Eerste denkrichting

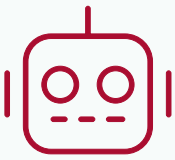
We draaien de route om. Intake, triage en eerste interventies beginnen op de wachtlijst, niet pas in de spreekkamer. Het eerste echte gesprek vindt halverwege het zorgtraject plaats: Met een voorgeschiedenis die al gestructureerd is vastgelegd, met al uitgeprobeerde laagdrempelige interventies en met data die de urgentie en richting onderbouwen. Dit past bij de realiteit dat in de huisartspraktijk een groot deel van de tijd opgaat aan dossierwerk en afhandeling, niet aan het klinisch denkwerk zelf.

Dit vraagt een harde ontwerpkeuze die veel digitale zorg nog vermijdt: Schrijf terug in het bronsysteem. Een triage die eindigt in een pdf of losse portal vermindert de werkdruk niet, die verplaatst hem. Bovendien kan asynchroon contact ook extra volume creëren; onderzoek naar portal messaging laat zien dat een inbox snel uit de hand kan lopen en burn-out kan aanjagen als je geen routing, templating en capaciteitsregels inbouwt

Mogelijke elementen



1 Automatische en slimme voorbereiding: Systeem verzamelt, organiseert en registreert patiëntinformatie en antwoorden vóór het consult.



2 Herhaalde contacten automatiseren: We zetten chatbots en digitale reminders in voor follow-up, herhaalrecepten en periodieke check-ins.



3 Administratie minimaliseren: We automatiseren het invullen, bijwerken en archiveren van dossiers en formulieren waar mogelijk.



4 Efficiënt beantwoorden van vragen: We implementeren AI-systemen die routinevragen van patiënten snel en correct afhandelen, zonder tussenkomst van zorgverleners.



5 Automatisch plannen en herinneren: We laten slimme software afspraken inplannen, wijzigen en herinneren, zodat patiënten altijd weten waar ze aan toe zijn.

Veelbelovende innovatie

Een venture die goed op deze missie aansluit is Medicinfo.
CZ en Medicinfo vernieuwden hun strategische samenwerking rond hybride zorgconcepten zoals digitale triage en zorg op afstand, met als expliciete ambitie om huisartsenzorg in regio's te ontlasten via een digitale schil (de Hybride Regiopraktijk). Dit is precies het patroon dat schaalbaar kan worden als de digitale voorkant niet alleen opvangt, maar ook structureel werk wegneemt in de praktijk.

Concreet: Via Medicoo is digitale triage ingezet met tienduizenden gebruikers sinds de introductie, en binnen het bredere Medicinfo-ecosysteem draait zelftriage op miljoenen interacties per jaar. De volgende stap is voorspelbaar maar niet triviaal: Klinische "write-back" in het HIS en automatische taakroutering naar de juiste rol (assistente, POH, huisarts).



Oproep

Aan innovatoren: Bouw geen "extra kanaal", bouw een productieve werkstraat. Dat betekent write-back, taakroutering, klinische veiligheidslagen, en bewijsvoering op twee assen: Minder werk per patiënt én minimaal gelijke uitkomsten.

Aan zorgaanbieders, leveranciers en stelselpartijen: Maak dit implementeerbaar. Geef write-toegang via API's waar het veilig kan, adopteer afsprakenstelsels die integratie normaliseren, en stop met pilots die de werkvloer opzadelen met dubbel registreren.



Interoperabiliteit

De innovatiemissie: Hoe maken we data realtime, betekenisvol en zonder maatwerk de brandstof voor alle andere missies?
Concreet: Hoe zorgen we dat de data van de huisartsenzorg, MSZ, GGZ en VVT-veilig en direct kan stromen, gebaseerd op bestaande standaarden en infrastructuur, zodat analyses, algoritmen en tooling eindelijk schaalbaar worden. Deze missie gaat dus niet over nog een extra standaard, programma of pilot. Het gaat over bewijsplaatsen waar je op de werkvloer merkt dat interoperabiliteit werkt: Minder overtypen, minder ontbrekende informatie, minder fouten, snellere doorlooptijden, en ruimte om digitale en hybride zorg echt te laten landen.

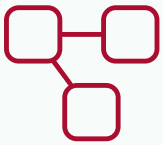
Waarom deze missie
Elk van de bovenstaande missies is afhankelijk van hoge kwaliteit, technisch en semantisch interoperationele data. Ondanks dat zorgverleners en andere professionals een heel groot deel van hun tijd bezig zijn met administratie, is de beschikbaarheid en kwaliteit van data nu veelal nog ondermaats.

Eerste denkrichting
De harde conclusie: De bottleneck zit steeds minder in “kunnen we het technisch?” en steeds meer in “maken we het af in het primaire proces?”. Nederland heeft met de Nationale Visie en Strategie Gezondheidsinformatiestelsel expliciet gekozen voor een beweging naar databeschikbaarheid, met als stip op de horizon structurele databeschikbaarheid in 2035. En met de Wegiz is er sinds 1 juli 2023 een wettelijke route om gegevensuitwisselingen verplicht elektronisch te maken. Toch blijft het resultaat in de spreekkamer, op de SEH, in de wijk en in de GGZ achter, omdat implementatie in workflows, contractering, eigenaarschap en testbaarheid structureel worden onderschat.

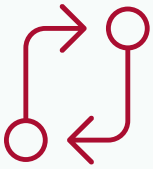
Daarom werken “nog een landelijke afspraak” of “nog een regionale pilot” zelden. We suggereren daarom in te zetten op een aantal plaatsen waar we het waar gaan maken. Die moeten aan drie eisen voldoen: Eén duidelijke keten use case met volume (bijvoorbeeld ontslag en overdracht, medicatie, lab en beeld), één set afdwingbare acceptatiecriteria (semantiek, autorisatie, logging, write-back waar nodig), en één set meetbare outcomes (minuten per overdracht, reductie herregistratie, reductie discrepanties).

Mogelijke elementen

We zien drie cruciale elementen om interoperabiliteit tot een succes te maken:



1 Landelijke Dekkend Netwerk als fundament: Innovatoren kunnen generieke technische interoperabiliteit versnellen door standaard te bouwen aan open, goed gedocumenteerde interfaces en de andere elementen van het LDN.



2 Standaardisatie en semantische interoperabiliteit: Begrippen en codes snel en met hoge nauwkeurigheid standaardiseren, zodat systemen eenheid van taal bereiken en data eenduidig, betrouwbaar en schaalbaar kunnen uitwisselen.



3 Inrichten van ketenbewijsplaatsen voor transparantie, vraagverheldering, algoritmische sturing en verwijsschakelpunten: Door concrete bewijsplaatsen te creëren in bijvoorbeeld huisartsenzorg, GGZ of VVT, kunnen we transparantie van aanbod (capaciteits-API), verrijkte vraagverheldering, algoritmes voor patiëntstroomrichting en effectieve schakelpunten voor verwijzing implementeren en testen. Deze locaties worden ingericht met heldere use cases, meetbare outcomes (zoals doorlooptijd en foutreductie) en afdwingbare criteria voor semantiek, autorisatie, logging en write-back, zodat impact direct zichtbaar wordt op de werkvloer en opschaling mogelijk is.

Veelbelovende innovaties

Koppeltaal laat zien hoe je “geen maatwerk” concreet maakt binnen één domein. Het is een landelijke integratie en informatiestandaard die informatiestromen uit bronsystemen koppelt met digitale interventies, met als expliciet doel versnippering in dossiers te voorkomen en eHealth in het behandelproces werkbaar te maken. Het succes van dit soort aanpak zit niet in de techniek, maar in de combinatie van standaardisatie, leveranciersadoptie en het feit dat het in een bestaande workflow past.

Medscio toont dat je op schaal kan standaardiseren en tot semantische interoperabiliteit (“eenheid van taal”) kan komen met veel minder werk dan nu vaak gedacht. Medscio weet tot 12x sneller te standaardiseren met een nauwkeurigheids-score van >98% en gebruikersgemak gescoord als 9/10.



Oproep

Aan innovatoren: Stop met “integraties op maat” als verkoopargument. Bouw op bestaande standaarden, publiceer je implementatiekeuzes, en committeer je aan één of twee keten use cases waarin je ook write-back en auditing meeneemt. Als je product alleen kan werken met een projectteam van drie maanden bij elke nieuwe klant, dan lever je consultancy, geen schaalbare impact.

Aan zorgaanbieders en regio’s: Organiseer bewijsplaatsen als productieomgevingen met harde KPI’s en echte contractprikkels. Leg in inkoop vast dat data beschikbaar moet zijn via open, gedocumenteerde API’s met schrijfmogelijkheden waar nodig, en dat de leverancier meedoet aan gestandaardiseerd testen. De Wegiz maakt duidelijk dat de beweging naar elektronische uitwisseling geen vrijblijvendheid meer is; gebruik dat als hefboom in contractering.

Aan VWS, ZN en toezichthouders: Financier minder “breed programma”, meer “smalle bewijsplaats” met outcome-based bekostiging, en durf te standaardiseren op herhaalbare implementatiepatronen in plaats van op papier perfecte architecturen. De NVS belooft databeschikbaarheid; deze missie maakt hem bewijsbaar.

CbusineZ

Partner in zorginnovatie