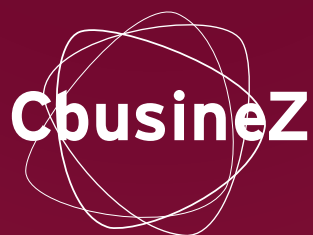


ZORG INNOVATIE - AGENDA

VERMINDER VRAAG

Passende zorg, proactieve zorg en preventie



Partner in zorginnovatie

“Alleen specifieke
veranderingen per
zorgpad gaan de
bestaande dynamiek
niet veranderen”



ZORGINNOVATIE-AGENDA

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 te schalen, of een ander perspectief hebt op wat er nodig is, roepen we je op contact met ons te zoeken.

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?



Verminder vraag

In deze publicatie ligt de focus op drie innovatiemissies die gezamenlijk de zorgvraag kunnen verminderen: passende zorg, proactieve zorg en preventie. De beste manier om capaciteit in de zorg vrij te spelen is natuurlijk voorkomen dat er zorg geleverd moet worden.



Passende zorg

De innovatie-missie: hoe leren we onszelf en elkaar te helpen iets niet meer te doen?

Hoe helpen we zorgverleners en patiënten onnodige behandelingen, consulten, laboratoriumtesten, scans, te hoge doseringen en te lange behandelingen te herkennen én te laten? Het gaat niet om “bezuinigen”, maar om “in één keer goed”: meer rust, uitleg en terughoudendheid als standaard, en alleen escaleren als de verwachte gezondheidswinst dat rechtvaardigt. De kern: “therapeutisch niets doen” moet net zo professioneel, verdedigbaar en makkelijk worden als “nog even een extra test”.

Waarom deze missie

We hebben een dubbele crisis: kosten en capaciteit. Dat wringt extra omdat een substantieel deel van de geleverde zorg geen of minimale gezondheidswinst oplevert. De OECD schat dat ongeveer één-vijfde van de zorguitgaven “geen of een minimale bijdrage” levert aan gezondheidsuitkomsten. Dat is niet alleen geld; het is vooral ook OK-tijd, lab-capaciteit, radiologiec capaciteit en aandacht die we niet hebben voor de patiënten die het nodig hebben.

Eerste denkrichting

De zorg doet te vaak iets “voor de zekerheid”, terwijl zekerheid juist kan ontstaan door weglaten, mits je het goed organiseert. Dat begint bij het ontwerp van het zorgpad: “u hoort ons alleen als...” in plaats van standaard herhaalconsulten; en “u kunt zélf opschalen” in plaats van routinematige follow-ups.

Maar eerlijk is eerlijk: alleen specifieke veranderingen per zorgpad gaan de bestaande dynamiek niet veranderen. We moeten de juiste context creëren met slimme inrichting van digitale systemen (zoals geboden informatie, vormgeving, interactiemogelijkheden) en bekostiging. AI zal daarbij een cruciale rol spelen in het bieden van de juiste informatie en het automatiseren van sommige handelingen of orders, zonder zorgverleners met pop-ups te overspoelen.

Laat bijvoorbeeld bij elke aanvraag automatisch de laatste uitslagen, eerdere beeldvorming, en een verwachte winst/risico-inschatting zien. En blokkeer standaard duplicaten.

Duplicaat-alerts blijken in de literatuur concreet effect te hebben: een JAMA-studie rapporteerde 49% daling van dubbele laborders. En beloon niet “meer productie”, maar “betere uitkomsten per uur”. Anders blijft “minder doen” rationeel onverstandig voor een zorgorganisatie, hoe logisch het klinisch ook is.

Mogelijke elementen

We zien vijf bouwstenen:



1 Proactieve en slimme patiëntcommunicatie vóór, tijdens en na een consult



2 Dashboards voor toegevoegde waarde en praktijkvariatie



3 Winst/risico-inschatting in HIS/EPD



4 Zorgpaden met patiënt-geïnitieerde follow-ups



5 Automatisch blokkeren van duplicaat-aanvragen (met logging waarom een uitzondering wél nodig was)

De harde les uit eerdere programma's: als je dit niet koppelt aan sturing en prikkels, blijft het bij “bewustwording”. De Algemene Rekenkamer was daar pijnlijk helder over richting het programma Zinnige Zorg: stop ermee of kies een fundamenteel andere route, omdat de aanpak onvoldoende doorwerkte in de praktijk.

Veelbelovende innovaties

1 “Conservatief eerst” bij musculoskeletale zorg (MSK), met meetbare substitutie.

Digitale MSK-programma's leiden tot minder diagnostiek en minder escalatie naar zware zorg. Dit raakt de kern van “kiezen voor minder”: niet minder zorg, maar eerder de juiste (conservatieve) zorg, zodat “voor de zekerheid” niet automatisch eindigt in MRI-injectie-OK.

2 Persoonlijke herstelondersteuning.

MS Sherpa biedt patiënten na een operatie digitale, persoonlijke begeleiding op basis van actieve digitale monitoring. Dankzij deze continue opvolging krijgen patiënten direct inzicht in hun ziekteverloop en worden ze alleen gezien door zorgverlener als dat noodzakelijk is. Dit voorkomt onnodige consulten, vermindert druk op de zorg en geeft patiënten regie.



Oproep

Aan innovatoren: bouw niet “nog een dashboard”, maar interventies die gedrag veranderen in de dagelijkse werkprocessen van zorgverleners. Denk aan een EPD/HIS-module die bij elke order meteen de laatste uitslagen, eerdere beeldvorming en evidence-based alternatieven met verwachte implicaties toont (zoals afwachten of inzet slimmere scanprotocollen). Kom ook met een businessmodel dat past bij de missie: betaald worden op “vermijden”. Zorg dat de pricing van het product in lijn is met gerealiseerde besparingen, in combinatie met het meetbaar realiseren van kwaliteit (zoals complicaties, heropnames en PROMS). Het vermijden van handelingen die binnen bijvoorbeeld een dbc vallen (en dus geen invloed hebben op inkomen van zorgaanbieders hebben) is daarbij het meest eenvoudig. Als het inkomen van zorgaanbieders wel veranderd, zal goed moeten worden gekeken naar het optimale bekostigingsmodel. Dat is iets waar CbusineZ graag bij meedenkt.

Aan zorgaanbieders (MSZ en eerstelijnszorg): stop met passende zorg als intern verbeterproject: maak er een product van. Elke zorgaanbieder heeft inmiddels lokale regels, order-sets, triage-afspraken en slimme workarounds om overdiagnostiek of “standaard terugkomen” te verminderen. Bundel die in één herhaalbaar pakket: protocollen + EPD-configuraties + patiëntcommunicatie + monitoring. Maak vervolgens één van de volgende twee keuzes expliciet: (a) schaal via een spin-out/venture of (b) schaal via een structureel partnerschap met een startup (met gedeeld IE, gezamenlijke roadmap en commerciële discipline).

Aan zorgverzekeraars, NZa en Zorginstituut: organiseer “meedelen in de winst van vermeden handelingen” in contractering en bekostiging, en maak het technisch afdwingbaar (EPD/HIS-eisen). En wees eerlijk over de voortgang: de 1-meting van “Passende zorg als norm” laat onvoldoende verandering zien tussen 2022 en 2023. Als we in 2026 nog steeds vooral praten over passende zorg, dan hebben we niet een communicatieprobleem, maar een ontwerp- en prikkelprobleem.



Proactieve zorg

De innovatie-missie: hoe leren we verder vooruit te handelen en zo ziektes vroeg te stoppen of erger te voorkomen?

Deze missie is concreet: iedereen met een verhoogd risico op een beroerte, coronaire hartziekten of diabetes eerder vinden en eerder helpen, zodat we 50 procent van de zorgvraag voor deze aandoeningen kunnen voorkomen.

De kern zit niet in “meer preventiecampagnes” of individuele leefstijlinterventies, maar in een omkering van het zorgproces. Niet wachten tot iemand ziek binnenkomt, maar systematisch, op schaal en zo veel mogelijk automatisch mensen thuis en in de wijk een stap eerder ondersteunen met kleine interventies die samen een groot effect hebben.

Waarom deze missie

Beroerte, coronaire hartziekten en diabetes verzoeken samen een groot deel van de chronische ziektelast, sterfte en ziekenhuiszorg. Beroertes zijn verantwoordelijk voor circa €1,4 miljard zorguitgaven (2019) en in 2022 ongeveer 50 duizend klinische opnamen. Coronaire hartziekten raken naar schatting 0,8 miljoen mensen, met rond de 8 duizend sterfgevallen en circa €1,4 miljard zorguitgaven in 2019. Er zijn ongeveer 1,2 miljoen mensen met diabetes, met in 2022 ruim 8.000 klinische opnamen en in 2019 circa €1,3 miljard aan zorguitgaven.

Eerste denkrichting

De missie vraagt om een “proactieve zorgfabriek” op populatieniveau: risicomodellen die continu hoog-risico cohorten markeren, geautomatiseerde activatie van mensen met simpele acties, en een virtueel zorgteam dat alleen opschaaft wanneer dat nodig is. Dit verschuift het werk van ad hoc consulten naar gestandaardiseerde, voorspelbare micro-interventies, met duidelijke escalatieregels voor de huisarts, ketenzorg, VVT of het ziekenhuis.

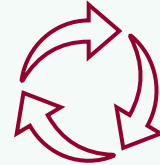
De haalbaarheid zit in het feit dat een groot deel van deze ziektelast beïnvloedbaar is via bekende risicofactoren. De Wereldgezondheidsorganisatie laat bijvoorbeeld zien dat een groot deel van hartziekten en beroertes te voorkomen zijn met betere risicoreductie en vroege signalering. De bottleneck is dus zelden “weten wat werkt”, maar “het standaard doen, bij de juiste mensen, zonder extra werkdruk”.

Mogelijke elementen

We zien een combinatie van zes elementen voor ons:



1 Risicomodellen: combineer HIS- en ziekenhuisdata en declaratiegegevens tot een risicoscore per persoon, met expliciete bias checks (sociaaleconomisch, taal, wijk)



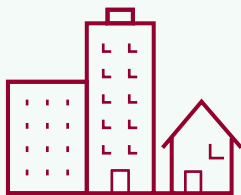
2 Geautomatiseerde activatie: maak de gewenste actie de standaard, bijvoorbeeld automatisch een thuistest of -meetkit versturen



3 Thuismeetkit en micro-coaching: koppel meetwaarden aan concrete “kleine” acties, met feedbackloops



4 Virtuele zorgteams en dashboards: laat een klein team veel patiënten begeleiden via gestandaardiseerde protocollen, met dashboards die alleen uitzonderingen tonen



5 Gemeenschapsgerichte interventies: veranker in wijkteams, apotheken en werkgevers, omdat risicogroepen vaak niet vanzelf naar ketenzorg komen



6 Impactfinanciering: organiseer shared savings o.b.v. meetbare uitkomsten (minder opnames, minder complicaties, lagere medicatielast waar passend)



Oproep

Aan innovatoren: kom niet met “een app voor leefstijl”, maar met een end-to-end proactief zorgpad dat bewijst dat het (1) risicogroepen echt bereikt, (2) zorgprofessionals tijd bespaart, en (3) harde uitkomsten raakt zoals HbA1c normalisatie, bloeddrukcontrole, minder SEH en minder opnames. Toon vanaf dag één hoe je integreert met het HIS en EPD, hoe je triage en escalatie automatiseert, en hoe je bekostigd kan worden.

Aan zorgaanbieders en systeempartijen: maak data en zorgpaden “productiseerbaar”. Regionale huisartsenorganisaties, ziekenhuizen en verzekeraars kunnen samen één proactieve infrastructuur neerzetten die meerdere aandoeeningen bedient, in plaats van tien losse pilots. Begin met één regio, één risicomodel, één activeringsmechanisme en één virtueel team, en schaal alleen wanneer de workflow echt lichter wordt en de uitkomsten aantoonbaar verbeteren.



Preventie

De innovatie missie: hoe zorgen we ervoor dat thuiswonende 60-plussers minder vaak en minder hard vallen, zodat ze de helft minder heupbreuken oplopen?

Het doel is niet “iets met valdetectie”, maar een meetbare halvering van heupfracturen, omdat juist die breuk vaak het kantelpunt vormt van zelfstandig wonen naar blijvende afhankelijkheid. De kern van de missie is om vallen te behandelen als een systeemprobleem met voorspelbare oorzaken: een woning die beperkingen heeft, een lichaam dat spierkracht en balans verliest, en een zorgketen die meestal pas reageert nadat het misgaat.

Waarom deze missie

Vallen is een groot en groeiend probleem. In 2024 werden 119.000 65-plussers op de SEH behandeld na een val, 18.000 van hen kwamen met een heupfractuur op de SEH en 7.115 ouderen overleden door een val. De maatschappelijke schade is groter dan de SEH-statistiek. VeiligheidNL schat de directe medische zorgkosten voor de behandeling en nazorg van valletsels op circa €1,5 miljard euro in 2024, oplopend naar €1,9 miljard in 2030 en €5 miljard in 2050. Dit is een van de weinige zorgkostenposten die vrijwel automatisch omhooggaat als we niets veranderen. Het RIVM laat zien dat het landelijke GALA doel (jaarlijks 14 procent van alle thuiswonende 65-plussers opsporen met een valrisicotest en 3 procent laten deelnemen aan een erkende interventie) nog ver weg is.

Eerste denkrichting

Draai het model om: van “na de val” naar “vóór de breuk”. Maak een ‘Valvrij Thuispakket’ dat net zo normaal wordt als de rookmelder, met één verantwoordelijke voor resultaat. Het pakket combineert vier dingen: vroegtijdige risicoselectie, bewezen gedrags- en beweeginterventies, apparatuur die vallen of breuken voorkomt en een woning die meedenkt.

De basis wordt gevormd door spierkracht en balansoefeningen, omdat dat aantoonbaar werkt. Een grote meta-analyse laat zien dat balanstreining en functionele training de valfrequentie reduceren en dat programma's met meerdere typen oefeningen (balans plus kracht) de valfrequentie waarschijnlijk met grofweg een derde verlagen. De zwakke plek zit niet in de effectiviteit, maar in het bereik en de therapietrouw. Daarom hoort bij het pakket: automatische identificatie van verhoogd valrisico (claims, medicatie, eerdere val, mobiliteit), actieve en “warme” toeleiding naar Otago of In Balans, en doorlopende ondersteuning om bewegen vol te houden.

Les uit het verleden

CbusineZ heeft met Robot Care Systems een andere route verkend: een zelfrijdende rollator die ouderen met bijvoorbeeld Parkinson of mensen in revalidatie helpt om betrouwbaar en op een aantrekkelijke manier in beweging te komen. Het initiatief bracht de eerste serie rollators naar de markt, maar kon de investeringen voor grootschalige productie niet rond krijgen.

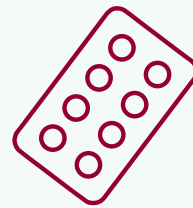
Deze les is relevant voor deze missie. Hardware kan impact hebben, maar de opschaling faalt vaak door de kapitaalintensiteit, integratie in zorgprocessen, en een te smalle business case. Wie vandaag aan “valvrije woningen” bouwt, moet daarom vanaf dag één het pad naar landelijke inkoop, service, installatie en resultaatbekostiging dichttimmeren.

Mogelijke elementen

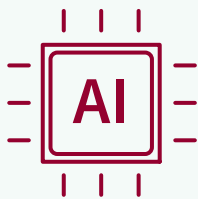
Een geloofwaardig pakket voor 50% minder heupbreuken combineert elementen uit zowel het medisch als sociaal domein, met één meetlat: minder valletsels en minder instroom in ziekenhuis, revalidatie en verpleeghuis. We denken aan:



1 Sensoren en domotica: passief, privacy by design



2 Medicatiebeperking en slimme dispensers



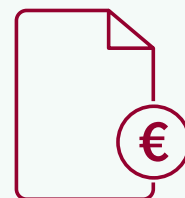
3 AI ondersteunde identificatie en activatie van verhoogd valrisico: proactief, opt out waar mogelijk



4 Persoonsgerichte interventie bij hoog-risicogroepen en na een vaal: bijv. heupairbag, snelle opvolging, woningaanpassing



5 Breukvrije omgeving: wijkgerichte aanpak met sport en sociaal en valvrije woningen met standaard woningcheck, woningcorporaties als schaalmotor



6 Impactbekostiging: betalen voor vermeden heupfracturen, niet voor losse sessies



Oproep

Aan innovatoren: bouw een end-to-end propositie die begint bij risicoselectie en eindigt bij bewezen daling van het aantal heupfracturen. Ontwerp je product alsof je pas betaald krijgt als het aantal heupfracturen en SEH bezoeken aantoonbaar daalt, met een meetplan dat op Vektis en verzekeraarsdata kan bouwen. Gebruik bestaande interventies (Otago, In Balans) als ruggengraat, en voeg technologie alleen toe als die aantoonbaar het bereik, de impact en therapietrouw verhoogt.

Aan gemeenten, zorgverzekeraars, huisartsen en VVT-aanbieders: maak het proactief en frictieloos. De RIVM-monitor laat zien dat we de hoog risicogroep nog onvoldoende bereiken en dat deelname achterblijft bij de GALA-doelen. Zet daarom in op actieve opsporing, warme overdracht, en één regionale “valpreventie regisseur” die de keten beheert. Koppel hieraan impactbekostiging met shared savings, zodat partijen die investeren in preventie ook delen in de vermeden kosten.

