

Appendix A Track Arbeidsbesparende technologie

Ter ondersteuning van de implementatiestrategie en arbeidsbesparing.

Disclaimer: Deze bijlage dient ter ondersteuning bij het opstellen van uw aanvraag voor de MKB-Call Track: Arbeidsbesparende Technologie. Adviezen en aanbevelingen bieden sturing, en geen garanties. De adviezen zijn niet bindend en hier kunnen geen rechten aan worden ontleend.

A. Implementatiestrategie

Gebruik onderstaande onderwerpen als leidraad en ter bewustwording. De beschrijving hoeft geen volledige markt- of implementatiestrategie te bevatten. Het doel is om inzicht te geven in het ecosysteem rond de innovatie en dat tijdig de juiste partijen betrokken zijn of worden om succesvolle implementatie en opschaling mogelijk te maken. Focus dus op de partijen en randvoorwaarden die daadwerkelijk bepalend zijn voor de technologie in kwestie om tot succesvolle implementatie en opschaling te komen.

Maak voor de belangrijkste stakeholders duidelijk:

- welke rol zij hebben in het verdere traject;
- of zij al betrokken, gecommitteerd of gecontracteerd zijn;
- welke partijen nog moeten worden benaderd;
- wanneer hun betrokkenheid nodig is;
- en of het ontbreken van een bepaalde stakeholder een risico vormt voor demonstratie, implementatie of opschaling.

Validatie en demonstratie in de zorgpraktijk

Geef aan in welke zorgomgeving(en) de innovatie verder moet worden gevalideerd of gedemonstreerd en welke organisaties daarvoor nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan ziekenhuizen, eerstelijnszorg, langdurige zorg, diagnostische centra of andere relevante praktijkomgevingen. Benoem ook eventuele pilot- of implementatielocaties en de betrokken zorgprofessionals en eindgebruikers.

Marktintroductie en commercialisering

Beschrijf welke partijen nodig zijn om de innovatie naar de markt of zorgpraktijk te brengen. Denk aan commerciële partners, launching customers, distributeurs, implementatiepartners, servicepartners en partijen die ondersteuning kunnen bieden bij onderhoud, training of verdere marktontwikkeling.

Wet- en regelgeving, markttoegang en financiering

Benoem welke externe expertise of partijen noodzakelijk zijn voor het voldoen aan relevante wet- en regelgeving en voor markttoegang. Denk bijvoorbeeld aan regulatory experts, notified bodies of andere bevoegde instanties. Beschrijf daarnaast welke partijen een rol spelen bij inkoop, vergoeding en structurele financiering, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders, financiers of andere betalers.

Integratie in zorgprocessen en IT-infrastructuur

Beschrijf welke partijen betrokken moeten zijn om de innovatie in bestaande klinische werkprocessen en, waar relevant, digitale infrastructuren te integreren. Denk aan zorgorganisaties, IT-afdelingen, EPD-/ECD-leveranciers, leveranciers van medische apparatuur of andere technische partners.

Voor digitale innovaties is het daarnaast relevant om stil te staan bij:

- Standaarden voor gegevensuitwisseling: welke relevante nationale en/of internationale standaarden en technische specificaties worden gebruikt voor het vastleggen, ontsluiten en uitwisselen van gegevens?
- Dataportabiliteit: hoe wordt geborgd dat gegevens op een bruikbare en gangbare wijze kunnen worden geëxporteerd, overgedragen en hergebruikt?
- Voorkomen van vendor lock-in: welke maatregelen worden genomen om ongewenste afhankelijkheid van één leverancier, technologie of platform te voorkomen?
- Privacy-by-design en security-by-design: hoe worden privacy en informatiebeveiliging vanaf de ontwerpfase meegenomen in ontwikkeling en implementatie?

Organisatorische implementatie

Geef aan welke partijen nodig zijn voor training, ondersteuning en organisatorische veranderingen die samenhangen met het gebruik van de innovatie. Denk daarbij aan scholing van zorgprofessionals, aanpassing van protocollen, taakverdeling, verantwoordelijkheden en veranderingen in bestaande werkprocessen.

Opschaling en structurele inbedding

Beschrijf welke partijen nodig zijn om na succesvolle demonstratie tot bredere implementatie en opschaling te komen. Denk aan regionale of sectorale samenwerkingsverbanden, beroepsverenigingen, brancheorganisaties, zorgnetwerken, financiers, distributie- en servicepartners en andere partijen die de adoptie binnen meerdere organisaties of regio's kunnen versnellen.

B. Algemene adviezen beschrijving arbeidsbesparing

Bekijk de gehele zorgketen

Deze track richt zich op technologie die de inzet van schaarse professionele zorgcapaciteit vermindert of doelmatiger maakt. Kijk daarbij niet alleen naar de directe arbeidsbesparing op één plek, maar naar het effect op de hele keten: welke werkzaamheden verdwijnen, veranderen of verschuiven, en ontstaat er elders eventueel extra inzet? Innovaties die uitsluitend leiden tot taakverschuiving naar een andere zorgprofessional, organisatie of ketenpartner, of die elders in de zorgketen leiden tot extra werkzaamheden, aanvullende monitoring, extra consulten of hogere structurele kosten, leiden niet tot een netto arbeidsbesparing¹.

Voorbeeld 1: bij de implementatie van diagnostiek bij de huisarts die voorheen bij het ziekenhuis werd uitgevoerd, is geen arbeidsbesparing maar juist arbeidsverplaatsing. De diagnostiek zelf wordt elders uitgevoerd, niet sneller of in minder stappen.

Voorbeeld 2: De implementatie van slimme sensoren op de kamers van cliënten om de waarnemend zorgverleners op de afdeling te adviseren welke kamers zij wel en niet moeten controleren. Dit is wel een voorbeeld van arbeidsbesparing omdat de zorgverleners minder tijd kwijt zijn aan de handelingen door met de technologie anders te werken.

Beschrijving van de besparing

Bij de implementatie en opschaling van technologische innovaties kan je de besparing op verschillende manieren uitrekenen. Daarin adviseren wij om de soorten kosten en wijze van besparing volledig te beschrijven^{1,2}.

Kostensoorten – Het is van belang om de eenmalige én de structurele kosten mee te rekenen. Overweeg beide kostensoorten te includeren in de onderbouwing om een volledig beeld te schetsen. Daarnaast kunnen de kostenposten ook worden gekoppeld aan de betaler, denk bijvoorbeeld aan de zorgverzekeraar, zorginstelling, zorgkantoor of de cliënt die de deze kosten moet dekken^{1,2}.

Voorbeelden van eenmalige kosten zijn de inkoopkosten, trainingskosten en trainingsuren.

Voorbeelden van structurele kosten zijn het onderhoudskosten voor de veiligheidseisen, sterilisatiekosten en andere bijkomende processen.

Wijze van arbeidsbesparing – Volgens het rapport Invalshoeken op arbeidsbesparing² staan drie routes centraal in de arbeidsbesparing: Minder tijd per patiënt/cliënt door inzetten arbeidsbesparende technologie en ‘slimmer’ werken, Minder (gedeclareerde) zorg door schrappen niet zinnige zorg, verschuiven taken, verminderen vraag en Fundamentele innovatie voor het mogelijk maken van digitale zorg, AI, (regionale) samenwerking, zelfregie etc.². De arbeidsbesparing kan worden berekend op basis van de invloed op de zorgvraag voor formele zorg en ondersteuning, arbeidsproductiviteit in gedeclareerde zorg/ondersteuning per ingezet uur, en personeelstekort, verschil tussen benodigd en huidig aantal medewerkers in zorg en ondersteuning.

Houd, op basis van het type product, ook rekening met de invloed van regelgeving. Wanneer het over AI en softwareproducten gaat, overweeg om het interoperabiliteitsmodel, de EHDS en, indien van toepassing, de MDR mee te nemen in je implementatiestrategie. Wanneer het over een medisch device gaat, overweeg de impact op de schoonmaak/sterilisatiestappen en de kaders voor veilig gebruik volgens de MDR in acht te nemen.

¹ <https://open.overheid.nl/documenten/52fcdec1-71d5-4695-87bf-e4c46c73d730/file>

² <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2026D25423&did=2026D25423>

C. Thema-specifieke beschrijving arbeidsbesparing

Voor ieder van de thema's in deze track is het van belang dat de innovatie binnen de gestelde scope valt en een werkelijke vraag oplossen. Arbeidsbesparing is een van de metingen, maar de vraaggestuurde aard blijft evenmin relevant.

Type 1: AI en data ondersteunde triage en diagnostiek

Projecten binnen dit thema ontwikkelen technologieën die zorgprofessionals ondersteunen bij het sneller, nauwkeuriger en efficiënter beoordelen, prioriteren of diagnosticeren van patiënten. De innovatie draagt aantoonbaar bij aan het verminderen van diagnostische werkdruk, het verkorten van doorlooptijden en het doelmatiger inzetten van schaarse zorgcapaciteit. Hierbij wordt gebruikgemaakt van bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie, beslissingsondersteuning, voorspellende modellen, beeldanalyse of geïntegreerde data-analyse.

Type 2: Slimme alarmering, thuismonitoring en digitale zorginteractie

Projecten binnen dit thema ontwikkelen technologieën waarmee zorg veilig, effectief en duurzaam buiten de traditionele zorginstelling kan worden georganiseerd. De innovatie draagt aantoonbaar bij aan het verminderen van fysieke consulten, ondersteunt zelfmanagement en maakt het mogelijk om zorgprofessionals efficiënter in te zetten zonder dat elders in het zorgproces aanvullende werkzaamheden ontstaan.

Type 3: Technologische hulpmiddelen en ondersteuning van zorgprocessen

Projecten binnen dit thema ontwikkelen technologieën die zorgprocessen slimmer organiseren en zorgprofessionals ondersteunen bij hun dagelijkse werkzaamheden. Dit kan zowel gaan om digitale toepassingen als om medische technologie en hardware die werkzaamheden vereenvoudigen, automatiseren of verplaatsen naar een minder arbeidsintensieve setting. De nadruk ligt op het verminderen van routinematige werkzaamheden, administratieve lasten en inefficiënte werkprocessen, en op technologieën die de inzet van zorgprofessionals doelmatiger maken. Hierdoor kan bijvoorbeeld specialistische inzet worden verminderd, kunnen handelingen door minder of anders geschoolde professionals worden uitgevoerd, of kan de benodigde personele inzet per patiënt afnemen. Zo ontstaat meer ruimte voor directe patiëntenzorg en kan beschikbare zorgcapaciteit efficiënter worden benut.