

Modelplan

Spraakgestuurd rapporteren

Doorbraakmiddelen AZWA

29 september 2026

Inhoudsopgave

Oplegger modelplan	3
Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?	3
Wat is een modelplan?	3
Wie kan aanvragen?	3
Voor welke toepassing kunt u aanvragen?	4
Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?	4
Wanneer kunt u de aanvraag indienen?	5
1. Aanvraag en doel van de aanvraag	6
1.1 Aanvraag	6
1.2 Doel van de aanvraag	6
2. Aanpak en organisatie	7
2.1 Aanpak	7
2.1.1 Probleem	7
2.1.2 Verandering zorgproces	7
2.1.3 Technologie	10
2.1.4 Borging van adoptie	11
2.1.5 Wet- en regelgeving	13
2.1.6 Referentie	13
2.2 Projectplanning	13
2.3 Projectteam en governance	14
2.3.1 Projectteam	14
2.3.2 Governance	15
3. Business case	16
3.1 Projectbegroting	16
3.2 Impact op arbeidsinzet	16
3.3 Indirecte effecten	17
4. KPI's en monitoring	18
4.1 KPI's	18
4.1.1 Inspannings-KPI's	18
4.1.2 Resultaat-KPI's	19
4.1.3 Overige KPI's	20
4.2 Monitoring	21
5. Risico's en mitigerende maatregelen	22

Oplegger modelplan

Waar dienen de doorbraakmiddelen voor?

De doorbraakmiddelen zijn een eenmalige investering vanuit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Hiermee schaaft u concrete toepassingen versneld op die bijdragen aan de transitiedoelen van het AZWA. Zorgaanbieders gaan hun werkprocessen anders organiseren, waardoor ze de betreffende toepassing succesvol inzetten en opschalen. Uitgangspunt is dat de procesverandering aantoonbaar werkt en dat de financiële middelen helpen om deze breder uit te rollen naar meer organisaties, regio's of doelgroepen.

De aanvragers besteden de middelen in 2027, 2028 en 2029 en realiseren daarmee duurzame, structurele effecten op arbeidsproductiviteit en/of het verlagen van de zorgvraag. Na afloop van de eenmalige impuls wordt de toepassing geborgd via reguliere exploitatie.

Wat is een modelplan?

Een modelplan is een gestandaardiseerd format waarmee aanvragers van de doorbraakmiddelen de aanvraag uitwerken. Het modelplan bevat vijf hoofdstukken:

1. Aanvraag en doel van de aanvraag
2. Aanpak en organisatie
3. Business case
4. KPI's en monitoring
5. Risico's en mitigerende maatregelen

Wie kan aanvragen?

Aanbieders in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de huisartsenzorg (HAZ), de medisch-specialistische zorg (MSZ) en de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) kunnen een aanvraag indienen.

Gezamenlijk aanvragen wordt nadrukkelijk gestimuleerd, omdat dit bijdraagt aan harmonisatie, kansen biedt om van elkaar te leren en bijdraagt aan de schaal en dus efficiëntie van de implementatie. Samenwerking kan op verschillende manieren plaatsvinden, bijvoorbeeld via een IZA-regio, samenwerking via gebruikersverenigingen, conform uitwerking Digizo, of door minimaal twee zorgaanbieders gezamenlijk.

Aanvragen is alleen mogelijk voor zorg in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Intramurale VVT en GGZ (Wlz), zorg gefinancierd door de Jeugdwet, zorg vanuit het sociaal domein (Wmo) en forensische zorg (Wfz) kunnen dus geen onderdeel zijn van de aanvraag.

Hierna worden de aanvragerende zorgaanbieders of zorgaanbieder aangeduid als “de aanvrager”.

De aanvrager moet aan de volgende eisen voor de minimale schaal voldoen:

- De aanvrager implementeert de toepassing bij alle relevante zorgverleners; de beoordelaar keurt aanvragen die uitsluitend een pilotfase betreffen af.

- De aanvrager implementeert de toepassing in totaal bij ten minste 200 zorgverleners in de medisch-specialistische zorg (MSZ), 100 in de verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT) en 100 in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ).
- Uitzondering HAZ: een RHO (of bij uitzondering een ander samenwerkingsverband) treedt namens de huisartsen op als één aanvrager, maar geeft het aantal deelnemende praktijken en zorgverleners op. Alle deelnemende praktijken moeten bij indiening al hebben toegezegd; aanvragen met nog te werven praktijken wijzen zorgverzekeraars af. Een HAP/HDS (of een samenwerking van deze) kan ook een aanvraag doen, als deze aan de voorwaarden voldoet.
 - Toelichting: contractering en implementatie vragen (onder andere juridische) expertise waarover een individuele praktijk niet beschikt.

Voor welke toepassing kunt u aanvragen?

De aanvraag moet binnen de scope van spraakgestuurd rapporteren vallen. Dat betekent één van twee dingen: de toepassing zet consult- en andere zorggesprekken automatisch om in gestructureerde tekst in het elektronisch dossier (*ambient listening*), of de zorgverlener spreekt het verslag in plaats van het te typen, waarna de toepassing de spraak automatisch omzet in gestructureerde tekst. Voor de MSZ, HAZ en GGZ is *ambient listening* verplicht. Voor de VVT kan ook financiering worden aangevraagd voor het vervangen van typen door spreken, met *ambient listening* als einddoel. Ook het aanpassen van de relevante zorgprocessen valt onder de primaire scope.

Uitbreidingen worden aangemoedigd, maar zijn geen onderdeel van de te behalen KPI's en dus ook niet van de doorbraakmiddelen. Denk aan vervolgbewerkingen van de gegenereerde tekst (*downstream*), gericht op minder administratieve lasten en betere kwaliteit. Voorbeelden hiervan zijn gestructureerde data-extractie, codering (bijvoorbeeld ICPC of ICD), omzetting naar B1-taalniveau, briefgeneratie en spraakgestuurd adviseren. Uitzondering is spraakgestuurd adviseren in de GGZ; conform bestuurlijke afspraken kan dit wel onderdeel zijn van de doorbraakmiddelen. Gemeenschappelijke ruimtes (VVT) en groepsgesprekken (GGZ) vallen buiten scope zolang de techniek hiervoor nog niet toereikend is. De aanvrager blijft uitbreidingen en vooralsnog buiten scope vallende settings monitoren en geeft hier naar eigen inzicht invulling aan.

Voor welk type kosten kunt u financiering aanvragen?

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Let op: er mag geen sprake zijn van dubbele financiering dan wel financiering van zaken waarvoor andere gealloceerde middelen (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen) zijn toegekend. Mocht later blijken dat hier toch sprake van is, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk. Aanvragers lichten in hoofdstuk 3.1 toe of zij aan deze eis voldoen.

Na het gezamenlijke indieningsmoment wordt vastgesteld of het totaal van de ingediende aanvragen binnen het beschikbare budget past. Als ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen blijkt dat het totaal van de aanvragen het beschikbare budget overschrijdt, wordt op de modelplannen een generieke korting toegepast van maximaal 10%. Bij het bepalen van de hoogte van deze korting wordt rekening gehouden met de gevolgen voor zowel de beoogde als de al gerealiseerde impact van de betreffende plannen.

Als de totale overschrijding van het beschikbare budget ondanks de gezamenlijke inspanning van partijen meer bedraagt dan 10%, vindt aanvullend bestuurlijk overleg plaats om te bepalen hoe met deze situatie wordt omgegaan en welke vervolgrichting wordt gekozen. Over het plaatsvinden van dit overleg, de overwegingen en de uitkomsten wordt richting betrokken partijen gecommuniceerd, zodat maximale transparantie wordt geboden over het proces en de besluitvorming.

Wanneer kunt u de aanvraag indienen?

Datum	Activiteit
1 januari 2027	Opening indieningsportaal (partijen kunnen aanvraag doen in portaal)
31 januari 2027	Sluiting indieningsportaal (laatste mogelijkheid om in te dienen)
Februari 2027	Beoordeling van de ingediende plannen door de zorgverzekeraars
Eerste helft maart 2027	Terugkoppeling over de beoordeling van uw plan Vaststelling of het geheel aan gezamenlijke aanvragen binnen het beschikbare budget past en of er bijgestuurd moet worden
Eind april 2027	Afronding contracten Afgeving van beschikkingen door de NZa

1. Aanvraag en doel van de aanvraag

1.1 Aanvraag

Vul hieronder informatie in over de indienende Zvw-partijen, de contactpersoon van het project en geef aan of u aan de gestelde eisen voldoet.

Indienende partijen

Naam Zvw-instelling	AGB-code	Type instelling	Handtekening
<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>	<i>[Vul hier in]</i>
...	...	...	...
...	...	...	...

Contactpersoon van het project (naam, organisatie, e-mailadres en telefoonnummer)

[Vul hier in]

Eisen uit oplegger “Wie kan aanvragen?”

Eis	Geef hieronder aan of de aanvraag voldoet aan de eis
De zorgverleners die onder de aanvraag vallen leveren Zvw-zorg.	<i>[Ja/Nee]</i>
De aanvrager implementeert de toepassing grootschalig, bij alle relevante zorgverleners.	<i>[Ja/Nee]</i>
De aanvrager implementeert de toepassing bij ten minste honderd zorgverleners.	<i>[Ja/Nee]</i>
Voor HAZ: de aanvraag is gedaan door één groepering of samenwerking. Praktijken die meedoen, moeten bij de aanvraag al hebben toegezegd dat zij meedoen. Zorgverzekeraars wijzen een aanvraag met praktijken die nog geworven moeten worden af.	<i>[Ja/Nee/N.v.t.]</i>

[Voor hoeveel zorgverleners gaat u spraakgestuurd rapporteren opschalen?

Leg hier ook uit voor welke setting(s) u spraakgestuurd rapporteren gaat opschalen]

1.2 Doel van de aanvraag

Het doel van de aanvraag is het opschalen van spraakgestuurd rapporteren. Dit verlaagt de administratieve lasten voor zorgprofessionals doordat de verslagleggingstijd afneemt, en speelt zo kostbare tijd vrij.

Daarnaast heeft spraakgestuurd rapporteren de volgende neveneffecten:

- Betere kwaliteit van de zorgregistratie, gemeten op accuratesse, volledigheid en consistentie;
- Een betere consultervaring voor de patiënt met meer aandacht van de zorgverlener;
- Hogere duurzame inzetbaarheid en werkplezier voor de zorgverlener;
- Laagdrempelige kennismaking van de zorgverlener met AI, met potentie voor effectieve *downstream*-functionaliteiten.

2. Aanpak en organisatie

2.1 Aanpak

In dit onderdeel beschrijft u hoe u spraakgestuurd rapporteren implementeert.

2.1.1 Probleem

De Nederlandse zorg kampt met een groeiend gat tussen zorgvraag en personele capaciteit. Tegelijk gaat een aanzienlijk deel van de tijd van zorgverleners op aan administratieve verslaglegging in plaats van aan patiëntcontact. Spraakgestuurd rapporteren zet gesproken taal direct om in gestructureerde rapportages: de verslagleggingstijd daalt en de aandacht tijdens het consult neemt toe.

2.1.2 Verandering zorgproces

Succesvolle implementatie vraagt om procesherontwerp aan de voorkant: aanpassing van het werkproces, rolverdeling en controlepunten die de kwaliteit waarborgen. Alleen een technologische oplossing introduceren is onvoldoende. Hieronder staat per sector de huidige en toekomstige situatie rond een hulpvraag.

MSZ

Huidige situatie (IST):

- Het huidige proces begint bij het fysieke, digitale of telefonische consult tussen de zorgprofessional en de patiënt. Tijdens dit consult verzamelt de zorgprofessional medische en contextuele informatie over de patiënt, waaronder klachten, medische voorgeschiedenis, medicatiegebruik en eerdere onderzoeksresultaten. De zorgprofessional beoordeelt deze informatie om een (werk)diagnose vast te stellen en bepaalt samen met de patiënt het beleid, bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek of behandeling.
- Tijdens of na het consult ordent de zorgprofessional de verkregen informatie en legt deze handmatig vast in het elektronisch patiëntendossier (EPD). De zorgprofessional voert deze in via meerdere velden of tabbladen, zoals anamnese, metingen, vragenlijsten, bevindingen, differentiaaldiagnose, beleid en conclusie. Na invoer controleert de zorgprofessional de rapportage op volledigheid en juistheid en slaat deze op, zodat deze beschikbaar is voor andere betrokken zorgprofessionals. Bij herhaalconsulten voegt de zorgprofessional nieuwe informatie eveneens handmatig toe aan het dossier.

Toekomstige situatie (SOLL):

- Het proces begint, net als in de huidige situatie, bij het fysieke, digitale of telefonische consult tussen de zorgprofessional en de patiënt. Voorafgaand aan of aan het begin van het consult zorgt de zorgprofessional dat de patiënt geïnformeerd is over het gebruik van spraakgestuurd rapporteren. De zorgprofessional voert het consult uit met een microfoon en de technische tool voor spraakgestuurd rapporteren. Een spraakherkenningsmodel zet de geluidsopname in real time om in een transcript. Vervolgens genereert een Large Language Model (LLM) automatisch een samenvatting van de relevante onderwerpen uit het gesprek, volgens een specifieke template die structuur en inhoud van het consult bewaakt.
- Na de automatische verwerking controleert de zorgprofessional de samenvatting op volledigheid en juistheid en past deze waar nodig aan, voordat de zorgprofessional de

rapportage opslaat in het EPD. De toepassing plaatst de samenvatting (indien mogelijk) automatisch in de juiste velden van het EPD. Hierbij kunnen ook vervolgacties plaatsvinden, zoals het coderen van data voor gestructureerde vastlegging en/of het omzetten naar B1-taalniveau. Bij de afsluiting van het proces kan de toepassing automatisch een brief voor de huisarts genereren.

VVT

Huidige situatie (IST):

- Het proces start bij een zorgmoment tussen de zorgprofessional en de cliënt. De zorgprofessional verzamelt relevante informatie over de cliënt en legt de verkregen informatie vast. Dit kan direct na het gesprek, maar vaak gebeurt dit op een later moment. De zorgprofessional logt daarvoor in op het ECD.
- Vervolgens voert de zorgprofessional de rapportage handmatig in via het toetsenbord, vaak in meerdere invulvelden of tabbladen. Daarna controleert de zorgprofessional de rapportage op volledigheid, correctheid en begrijpelijkheid. Als de rapportage compleet is, slaat de zorgprofessional deze op in het ECD. De informatie is direct toegankelijk voor andere betrokken zorgprofessionals binnen de organisatie, zodat vervolgcontacten aansluiten op eerdere observaties en afspraken. Via een cliëntenportaal hebben cliënten en/of naasten inzage in hun dossier.

Toekomstige situatie (SOLL):

- Het proces start, net als in de huidige situatie, bij een zorgmoment tussen de zorgprofessional en de cliënt. De zorgprofessional verzamelt relevante informatie over de cliënt en legt de verkregen informatie vast. Dit gebeurt door de verzamelde informatie in te spreken in een hiervoor bestemde toepassing op een smartphone of tablet met een microfoon. Spraakherkenning zet de geluidsopname in real time om naar een transcript. De zorgprofessional rapporteert waar mogelijk in het bijzijn van de cliënt. Uitzonderingen kunnen zijn dat de zorgprofessional de privacy van de cliënt niet kan waarborgen of dat deze manier van rapporteren tot onrust leidt bij cliënten (bijvoorbeeld bij cliënten met ernstige dementie). Na de transcriptie controleert de zorgprofessional de rapportage op volledigheid en juistheid en past deze eventueel aan.
- Zodra akkoord, slaat de zorgprofessional de rapportage op in het ECD. De toepassing integreert de samenvatting (indien mogelijk) automatisch in het dossier. Deze is direct toegankelijk voor andere betrokken zorgprofessionals binnen de organisatie. Omdat na ieder zorgmoment wordt gerapporteerd, werkt iedereen met actuele gegevens en sluiten volgcontacten aan op eerdere observaties en afspraken. Ook cliënten en/of wettelijke vertegenwoordigers hebben inzage in actuele gegevens in hun dossier via een cliëntenportaal.

HAZ

Huidige situatie (IST):

- Het proces start als een patiënt met een hulpvraag een zorgmoment (bijvoorbeeld: spreekuur of triage, hierna in de IST en SOLL genoemd "consult") heeft bij de zorgprofessional. De patiënt kan dit initiëren via telefoon en/of digitaal portaal. Tijdens dit consult verheldert de zorgprofessional samen met de patiënt de hulpvraag.

- In het consult verzamelt de zorgprofessional relevante medische en contextuele informatie. Indien nodig voert de zorgprofessional tijdens het consult metingen uit. Deze informatie vormt de basis voor de hulpvraagverheldering.
- Na het verzamelen van de informatie kan een (medische) evaluatie plaatsvinden. Vervolgens bepaalt de zorgprofessional het beleid en stemt de zorgprofessional samen met de patiënt een advies of vervolgactie af. Tijdens het gehele consult legt de zorgprofessional de bevindingen vast in een SOEP-structuur (Subjectief, Objectief, Evaluatie en Plan) en doet per hulpvraag verslag. Tijdens of na het consult rondt de zorgprofessional de verslaglegging af en slaat deze op in het huisartsinformatiesysteem. De onderdelen Evaluatie en Plan zijn achteraf voor de patiënt inzichtelijk via de eigen online omgeving.
- Bij een tweede hulpvraag voegt de zorgprofessional een nieuwe SOEP-notitie onder een andere episode toe aan het patiëntendossier. Dit vraagt opnieuw om handmatige verslaglegging door de zorgprofessional.

Toekomstige situatie (SOLL):

- Het proces start, net als in de huidige situatie, bij een fysiek, digitaal of telefonisch consult tussen de zorgprofessional en de patiënt. Voorafgaand heeft de praktijk de patiënt geïnformeerd over het gebruik van spraakgestuurd rapporteren in de spreekkamer, bijvoorbeeld via informatie in de wachtkamer, de website of een nieuwsbrief. De zorgprofessional start de spraaktoepassing en de AI-scribe. Een spraakherkenningsmodel zet de geluidsopname in real time om naar een transcript. Na de transcriptie genereert een taalmodel automatisch een samenvatting van de relevante onderwerpen uit het gesprek volgens de SOEP-methodiek, zodat de verslaglegging consistent aansluit bij het huisartsinformatiesysteem.
- Na deze automatische verwerking controleert de zorgprofessional de samenvatting op volledigheid en juistheid en past deze eventueel aan of voegt aanvullende informatie toe. Zodra akkoord, slaat de zorgprofessional de rapportage op in het huisartsinformatiesysteem. Afhankelijk van de technische koppeling kopieert de zorgprofessional de gegenereerde samenvatting handmatig in de juiste velden van het systeem, of integreert het systeem deze automatisch.
- Spraakgestuurd rapporteren wordt waar toepasbaar ook ingezet tijdens andere zorggesprekken, bijvoorbeeld telefonische zorggesprekken, triage, overdrachten tussen zorgverleners en gesprekken door praktijkondersteuners. Ook kan de toepassing ingezet worden bij een HAP; hier zullen de IST en SOLL licht afwijken.

GGZ

Huidige situatie (IST):

- Het reguliere rapportageproces start bij het fysieke of online behandelcontactmoment (intake) tussen de zorgprofessional en de cliënt. Tijdens dit consult verzamelt de zorgprofessional relevante informatie over de cliënt. Na het consult ordent de zorgprofessional de verkregen informatie. Dit kan direct na het gesprek of op een later moment plaatsvinden. De zorgprofessional logt daarvoor in op het elektronisch patiëntendossier (EPD). Vervolgens voert de zorgprofessional de rapportage handmatig in via het toetsenbord, vaak in meerdere invulvelden of tabbladen in het EPD. Na het invoeren van de tekst controleert de zorgprofessional de rapportage op volledigheid, correctheid en begrijpelijkheid. Als de rapportage compleet is, slaat de zorgprofessional deze op in het EPD en is deze direct toegankelijk voor andere betrokken zorgprofessionals binnen de organisatie.
- Gedurende het behandeltraject worden er tussentijds verslagen opgesteld om de voortgang te monitoren en behandelplannen bij te stellen. Daarnaast kan er tijdens het behandeltraject

diagnostiek worden ingezet. Dit is vaak een combinatie van gesprekken en testmateriaal. Ook hiervan moet verslaglegging plaatsvinden.

- Cliënten hebben wettelijk recht op inzage in en een kopie van hun dossier. Het is echter aan te bevelen om cliënten via een cliëntenportaal rechtstreeks inzage te geven in hun dossier. Aan het einde van het behandeltraject stelt de zorgverlener een verslag op en stuurt dit naar de huisarts van de cliënt.

Toekomstige situatie (SOLL):

- Net zoals in het huidige proces start het hybride proces bij het fysieke of online behandelcontactmoment (intake) tussen de zorgprofessional en de cliënt. Ter voorbereiding op het gesprek krijgt de cliënt informatie over spraakgestuurd rapporteren. Bij de start van een contactmoment vraagt de zorgprofessional de cliënt om toestemming voor het gebruik van spraakgestuurd rapporteren. Vervolgens neemt de zorgprofessional het gesprek op via de microfoon van de computer of een ander opnameapparaat. Spraakherkenning zet de opname om in tekst.
- Na het 'transcriberen' van het gesprek genereert een Large Language Model (LLM) een samenvatting van de belangrijkste punten uit het gesprek. Het LLM zet de samenvatting vervolgens om in een gestructureerd format op B1-taalniveau, herkent automatisch medische concepten zoals diagnoses, behandeladviezen en vervolgafspraken en plaatst deze op de juiste wijze in de structuur. De zorgprofessional controleert, waar van toepassing samen met de cliënt, vervolgens de samenvatting en heeft de mogelijkheid aanpassingen door te voeren. Er is (indien mogelijk) een automatische koppeling voor directe integratie in het cliëntendossier. Bij de afsluiting van het proces kan de toepassing automatisch een brief voor de huisarts genereren.

[Geef aan of u bovenstaande IST en SOLL-beschrijving onderschrijft of wijk hier gemotiveerd vanaf]

2.1.3 Technologie

Beschrijf op functioneel niveau welke toepassing u inzet, welke functionaliteiten daaronder vallen en met welke bronsystemen u koppelt:

- Welke functionaliteiten u inzet, bijvoorbeeld *ambient listening*, automatische samenvatting en codering, en – als al bekend – door welke leverancier(s) deze worden geleverd.
- Hoe u de EPD/ECD/HIS-koppeling realiseert. Lukt dit (nog) niet, geef dan aan hoe u toch de beoogde baten haalt en op termijn naar een koppeling (of vergelijkbaar alternatief) toewerkt.
- Welke stappen u zet om vendor lock-in te vermijden en hoe u om zou gaan met een eventueel faillissement van de leverancier.

Op DigiZo.nu vindt u meer informatie over leveranciers en hun functionaliteiten.

Geef toelichting over het technologische aspect van de toepassing:

1. Functionaliteiten en, als bekend, leverancier
[Vul hier in]
2. EPD/ECD/HIS-koppeling
[Vul hier in]
3. Vermijden vendor lock-in en omgaan met faillissement leverancier
[Vul hier in]

2.1.4 Borging van adoptie

Good practices

Succesvolle implementatie van spraakgestuurd rapporteren staat of valt met goede adoptie op de werkvloer. De onderstaande good practices bieden handvatten voor de implementatie. Ook (sectorspecifieke) rapporten van kennisinstituten bieden nuttige handvatten.

Algemeen

- Bij organisaties met enige omvang is een gefaseerde aanpak aan te bevelen. Werk met logische cohorten/teams. Een big-bang-aanpak leidt zelden tot de gewenste resultaten. Geef personeel ruimte om met de toepassing te leren werken.
- Zorg, zeker bij grotere organisaties, voor één centrale programmamanager met aantoonbare ervaring in zorg-IT-implementaties, zonder versplintering over tientallen onderdelen. Ondersteuning van deze programmamanager komt, waar nodig, vanuit een multidisciplinair team.
- De organisatie brengt voor aanvang van het project de eigen AI-governance en AI-readiness in kaart en stuurt waar nodig bij.
- Onderlinge uitwisseling van ervaringen tussen zorgprofessionals is een krachtige motor voor verandering; versterk dit met ambassadeurs die kennis borgen en het vertrouwen in de nieuwe werkwijze vergroten.
- Bied een korte, praktische training aan, gericht op het gebruik en kwaliteit van de techniek, de verandering in het werkproces en begrip en bewustwording over AI. Deze training kan mogelijk via koepels gedeeld en/of ontsloten worden. Dit voorkomt dat iedere aanvrager zelf een eigen training moet ontwikkelen.
- Breng de nieuwe werkwijze actief onder de aandacht bij de medewerkers, ook bij indiensttreding.
- Heb aandacht voor AI-geletterdheid en bied zorgverleners de mogelijkheid en ruimte voor onderlinge kennisdeling.
- Stel duidelijke richtlijnen op: bepaal wat de zorgprofessional wel en niet inspreekt en waarover de zorgprofessional rapporteert. Leg afspraken vast in formele werkafspraken en/of een AI-richtlijn.
- Borg de doorontwikkeling door fouten regelmatig terug te koppelen aan de leverancier. Dit vraagt nauwkeurige afstemming en voortdurende samenwerking.
- Monitoring van het gebruik is waar mogelijk belangrijk. Dashboards die inzicht geven in gebruik en niet-gebruik helpen bij implementatie en evaluatie.
- Uitwisseling van good practices voorkomt dat iedere organisatie het wiel opnieuw moet uitvinden. Elke organisatie heeft hierin de plicht om good practices op te halen én eigen ervaringen te delen met anderen.

Specifiek voor de MSZ

- Ook verpleegkundigen en ondersteunend personeel zijn een grote doelgroep van spraakgestuurd rapporteren en verdienen aandacht in de opschaling. Deze gebruikersgroep kan snel succeservaringen opleveren en zo het draagvlak in de organisatie versterken.
- Het is belangrijk dat specialismen onderling kennis en ervaringen uitwisselen over de implementatie.

Specifiek voor de VVT

- Maak digitale zorg, inclusief spraakgestuurd rapporteren, een vast onderdeel van teambesprekingen. Zo kunnen zorgprofessionals reflecteren op hun werkwijze en verlaagt u de drempel om met nieuwe technologie te werken.

- Communiceer over ervaren barrières: het ongemak van hardop inspreken, de angst voor discussie bij inspreken in aanwezigheid van de cliënt, het gevoel niet alles te kunnen zeggen in diens aanwezigheid en de overtuiging dat typen sneller gaat dan inspreken. Vaak bestaat de indruk dat lange rapportages veel tijd kosten, waardoor men sneller geneigd is te typen.
- Erken dat een nieuwe werkwijze tijd kost om eigen te maken en in te passen in bestaande routines. Toon ook begrip voor de zorgen en eventuele angst van zorgverleners over nieuwe functionaliteiten en de verandering in hun werk.
- Benadruk in de communicatie het belang van spraakgestuurd rapporteren voor zorgprofessionals met dyslexie of beperkte taalvaardigheid en stimuleer hen actief om hiervan gebruik te maken; deze zorgprofessionals hebben er extra voordeel bij.

Specifiek voor de HAZ

- De tools zijn in de basis plug-and-play; de meeste respondenten achten scholing op basisfunctionaliteiten niet altijd noodzakelijk. Begeleiding bij het personaliseren naar de eigen schrijfstijl biedt meerwaarde. Overweeg daar de trainingstijd op in te zetten.
- Overweeg de toepassing ook bij telefonische consulten in te zetten en deze bij voorkeur te koppelen aan de telefonie.
- Bied vanuit de RHO aan om praktijken fysiek te bezoeken, zodat de zorgprofessionals laagdrempelig vragen kunnen stellen. Zorg dat er mogelijkheden zijn voor hulp op maat voor achterblijvende praktijken.

Specifiek voor de GGZ

- Goede communicatie, afgestemd op verschillende teams en behandelvormen, ondersteunt acceptatie en samenwerking. Denk hierbij aan variaties in behandelvormen (zoals groepstherapie), ziektebeelden en werkpatronen.
- Daarnaast kunt u de adoptie door zorgprofessionals ondersteunen door op te roepen tot opname van digitale behandelingen in richtlijnen (AKWA), zoals de zorgstandaard digitale zorg.
- Voer een behoefteanalyse uit per team, bijvoorbeeld omdat een crisisdienst vaak autonoom werkt en minder fysiek bijeenkomt.

Ondersteuning cliënten of patiënten

Informeer patiënten over de toepassing, bijvoorbeeld via de website of een folder. Indien gewenst krijgen ze aan het begin van het consult mondelinge toelichting dat de toepassing meeluistert en dat het systeem de opname niet bewaart, maar uitsluitend verwerkt tot een consultverslag. Patiënten hebben hiervoor geen digitale vaardigheden nodig en krijgen meer aandacht tijdens het consult. Wie spraakgestuurd rapporteren niet wil, krijgt het verslag zoals nu uitgeschreven door de zorgverlener.

De volgende good practices helpen om de adoptie bij cliënten te borgen:

- Geef zorgverleners voorbeeldteksten om patiënten mondeling te informeren en in de wacht- en/of spreekkamer neer te leggen en zorg voor een privacystatement.
- Betrek de cliënten- of patiëntenraad binnen de organisatie bij de implementatie, zodat deze raden draagvlak creëren, het cliëntenperspectief inbrengen en knelpunten in de praktijk signaleren.
- Leg wanneer gevraagd duidelijk uit wat het doel en de werkwijze van spraakgestuurd rapporteren is, om verwarring bij cliënten te voorkomen en hun vertrouwen te vergroten.
- VVT: rapporteer spraakgestuurd bij de cliënt, tijdens het zorgmoment, zodat de cliënt direct kan meeluisteren en aanvullen. Dit bevordert volgens de geconsulteerde zorgprofessionals de interactie, betrokkenheid en transparantie.

- Geef zorgprofessionals de ruimte om per situatie af te wegen of spraakgestuurd rapporteren in het bijzijn van de cliënt gebeurt. Dat is vooral belangrijk bij cliënten met dementie of andere cognitieve aandoeningen.

[Beschrijf uw veranderstrategie: hoe zorgt u ervoor dat de werkwijze landt in de implementatie en ook na de doorbraakmiddelen blijft werken. Denk hierbij aan:

- *Leiderschap en richtlijnen vanuit de organisatie(s)*
- *Eigenaarschap en adoptie onder zorgverleners*
- *Aanpassingen aan het werkproces en afbouw van oude routines*
- *Scholingsbeleid*
- *Ondersteuning van cliënten of patiënten*

Gebruik bovenstaande good practices en andere good practices uit sectorspecifieke rapporten als handvatten.]

2.1.5 Wet- en regelgeving

Aanvrager is verantwoordelijk voor het volgen van relevante wet- en regelgeving en landelijk beleid. Bijvoorbeeld AVG, MDR en VWS-beleid over digitale zorg en gegevensuitwisseling. U werkt conform landelijk afgestemde kwaliteitsnormen voor spraakgestuurd rapporteren en waarborgt de veiligheid, kwaliteit, dataveiligheid en geschiktheid van de inzet van de toepassing.

[Committeert u zich aan deze voorwaarde: Ja/Nee]

2.1.6 Referentie

U levert een referentie aan van ten minste één vergelijkbare organisatie waar spraakgestuurd rapporteren is opgeschaald, waarbij u een *good practice* krijgt aangereikt vanuit de koepelorganisatie.

[Vul hier de naam in van de referentie-organisatie en beschrijf de waarde van de toepassing en de adviezen voor opschaling die de referentie-organisatie meegeeft]

2.2 Projectplanning

Voor aanvang schrijft u het plan en ontwerpt u het proces. De volgende fasen vormen de minimale projectstructuur:

- **Fase 1: klaar voor gebruik** – Zorg dat de technische infrastructuur en organisatorische randvoorwaarden op orde zijn voordat gebruikers starten. Denk aan leveranciersselectie, het opstarten van het ambassadeurstraject, interne validatie en baselinemetingen.
- **Fase 2: eerste uitrol en tussenevaluatie** – Start met een beperkte uitrol in een of enkele teams of cohorten per deelnemende organisatie. Zo kunt u aanloopp problemen oplossen voordat het volume opbouwt. Sluit deze fase af met een tussenevaluatie en een go/no-go-moment, gebaseerd op de eerste KPI-uitkomsten.
 - Uitzondering HAZ dagpraktijken: begin met een deel van de betrokken praktijken, in plaats van teams of cohorten binnen organisaties.
- **Fase 3: opschaling** – Bouw het gebruik stapsgewijs op in een gefaseerde aanpak. Wissel ervaringen actief uit tussen teams, afdelingen of locaties en verbeter op basis van deze leerervaringen. Blijf de KPI's meten en de kwaliteit en risico's monitoren.

- **Fase 4: eindevaluatie en borging** – Voer een eindmeting uit en leg de geleerde lessen vast, ook wat niet werkte. Zorg voor duidelijke interne afspraken over de structurele borging.

Geplande startdatum

[Vul hier in]

Geplande looptijd project (in maanden)

[Vul hier in]

Vul hier de projectplanning aan met meer detail en context.

Projectfase	Activiteiten	Planning <i>Start op</i>	Planning <i>Afgerond op</i>
Fase 1: klaar voor gebruik	<i>[Vul in activiteit 1]</i>	..	...
	<i>[Vul in activiteit 2]</i>		
Fase 2: eerste uitrol en tussenevaluatie	...		
Fase 3: opschaling			
Fase 4: eindevaluatie en borging			

2.3 Projectteam en governance

2.3.1 Projectteam

De implementatie vraagt een projectorganisatie op drie niveaus: projectleiding, uitvoering en ambassadeurs. Hieronder volgt, op basis van praktijkervaringen, een voorstel voor de bezetting en governance-richtlijnen.

Onderstaande tabel geeft een indicatie van een projectteam, gebaseerd op een implementatie in een consortium. Gebruik dit als handvat bij het samenstellen van uw projectteam. Vul de rollen zoveel mogelijk intern in.

Laag	Rol	Verantwoordelijkheid
Projectleiding	Programmamanager	Eindverantwoordelijkheid voor implementatie, monitoren van KPI's en planning.
Projectleiding	Projectcoördinator	In het geval van meerdere grote deelnemende organisaties; verantwoordelijk voor tactisch niveau (scope, voortgang) en de implementatie in één zorgorganisatie.
Uitvoering	IT-architect	Implementatie in systemen; mogelijk maken van uitbreidingen later.
Uitvoering	Trainer	Geven van inhoudelijke training.

Ambassadeurs	Zorgverlener die kartrekker is binnen cohort/team	Medeverantwoordelijk voor implementatie binnen cohort en eerste contactpunt voor collega's.
--------------	---	---

2.3.2 Governance

Beperk overleggen tot het strikt noodzakelijke en houd het aantal lagen klein. Liever één goed voorbereid kwartaaloverleg dan maandelijkse stuurgroepen zonder besluitkracht. De richtlijn:

- **Projectleiding:** wekelijks overleg tussen de programmamanager en de coördinatoren
- **Ambassadeurs:** per kwartaal overleg tussen de ambassadeurs van de organisatie en coördinator van de organisatie. De coördinator rapporteert aan de programmamanager.
- **Uitvoering:** alleen overleg wanneer inhoudelijk noodzakelijk. Korte lijntjes, maar geen vaste overlegstructuur.

Let op: voor huisartsenpraktijken is er (maximaal) één ambassadeur per huisartsorganisatie en ligt de coördinatie en projectleiding in principe op RHO-niveau.

[Beschrijf de governancestructuur]

3. Business case

3.1 Projectbegroting

U kunt doorbraakmiddelen aanvragen voor een bijdrage aan de incidentele kosten voor opschaling van de toepassing. Daaronder vallen onder meer projectleiding, training, juridische voorbereiding en initiële implementatiekosten. Financiering is niet beschikbaar voor dekking van structurele kosten, waaronder licentiekosten (ook niet in het eerste jaar). Het toekenningsbedrag is normatief berekend, het is niet mogelijk om een hoger bedrag aan te vragen.

Toekenningsbedrag: € *[berekend toekenningsbedrag]*

Het normbedrag voor het implementeren van de toepassing is 500 euro per zorgverlener. U vult de looptijd en het aantal zorgverleners en organisaties in. Dit omvat alle zorgverleners bij wie u de toepassing implementeert, ongeacht hun functie. Op basis hiervan bepaalt het modelplan automatisch het normbedrag per zorgverlener. Er is rekening gehouden met schaalvoordelen in projectkosten, waardoor het bedrag, afhankelijk van de omvang, uitkomt tussen 400 en 600 euro per zorgverlener.

De doorbraakmiddelen lopen over de periode 2027 tot en met 2029 (drie jaar). U kunt alleen vergoeding krijgen voor daadwerkelijk gemaakte incidentele kosten. Kosten boven het toekenningsbedrag worden niet vergoed. U moet de gemaakte kosten kunnen aantonen volgens het verantwoordingskader.

Geen dubbele financiering

U mag de doorbraakmiddelen niet gebruiken voor zaken die al uit andere middelen worden gefinancierd (zoals IZA-transformatiemiddelen, STOZ-gelden of HLO-middelen). Geef aan of u aan deze eis voldoet.

Let op: mocht later blijken dat toch sprake is van dubbele financiering, dan retourneert de indiener de middelen geheel of gedeeltelijk.

[Ja / Nee met toelichting en handtekening van bestuur per deelnemende organisatie]

3.2 Impact op arbeidsinzet

De opschaling van spraakgestuurd rapporteren heeft impact op arbeidsinzet. De omvang van deze besparing is normatief vastgesteld per sector en bedraagt tussen de 17 en 45 fte per miljoen euro investering. Vrijgespeelde tijd kan vervolgens ingezet worden voor doelen zoals verlaging van de werkdruk en het helpen van meer patiënten.

De structurele baten zijn berekend op basis van drie aannames: gebruik bij 90% van de geschikte consulten, 100% adoptiegraad bij de zorgverleners in de aanvraag en een per sector ingeschatte tijds winst per zorgverlener, gebaseerd op openbare rapporten en praktijkervaring.

Sector	Geschikte zorgmomenten per zorgverlener per jaar	Gemiddelde tijdsbesparing per consult	Totale impact per zorgverlener per jaar
MSZ	1.000	40 seconden	10 uur
VVT	1.000	90 seconden	22,5 uur
HAZ	3.000	30 seconden	22,5 uur
GGZ	600	180 seconden	27 uur

Structurele lasten vallen buiten de aangevraagde financiering en komen voor rekening van de aanvrager. U dient er rekening mee te houden dat u deze vaste kosten structureel moet kunnen dragen.

Bij goedkeuring van de aanvraag heeft de beoordelaar de intentie om de toepassing structureel te borgen na inzet van de doorbraakmiddelen

[Committeert u zich eraan dat u zich inzet om de bovenstaande impact op arbeidsinzet te behalen?

Ja / Nee]

[Committeert u zich eraan dat u de intentie hebt om de toepassing duurzaam te implementeren?

Ja / Nee]

[Beschrijf hoe u toewerkt naar structurele inbedding van de toepassing na inzet van de doorbraakmiddelen. Denk hierbij aan reguliere exploitatie of door in gesprek te gaan over afspraken tussen verzekeraar en aanbieder.]

3.3 Indirecte effecten

Spraakgestuurd rapporteren heeft ook andere effecten die niet als harde KPI's in het modelplan zijn opgenomen, maar wel relevant zijn voor de totaalbeoordeling.

Positieve indirecte effecten

- Werkdruk en werkplezier: minder uitlooptijd na werktijd en een hogere score op werkplezier bij professionals.
- Kwaliteit zorgregistratie: meer gestandaardiseerd en completer verslag; minder open velden bij overdracht.
- Patiënttevredenheid: de itemscore 'aandacht van arts tijdens consult' en de totale patiënttevredenheid stijgen.

Negatieve indirecte effecten

- Klimaatimpact van AI-modellen; een volledige CO₂-analyse is niet vereist.
- Risico op lock-in bij leveranciers, waardoor licentiekosten onnodig hoog zijn.
- Risico op fouten en omissies; de zorgverlener blijft altijd verantwoordelijk voor de output.
- Risico op confirmation bias met AI-scribes.

4. KPI's en monitoring

4.1 KPI's

Als aanvrager committeert u zich aan een set KPI's. De uitbetaling gebeurt in delen: u ontvangt het volgende deel als u de afgesproken mijlpalen haalt, waarbij u rapporteert over drie soorten KPI's:

- **Inspannings-KPI's:** wat u doet om de doorbraak te realiseren. Deze KPI's bepalen of u het invoeringsbudget krijgt uitbetaald (70% van het totaalbudget).
- **Resultaat-KPI's:** wat de inzet oplevert. Deze KPI's bepalen of u het resultaatbudget krijgt uitbetaald (30% van het totaalbudget).
- **Overige KPI's:** welke bredere effecten de toepassing heeft. Deze KPI's zijn niet direct gekoppeld aan uitbetaling, maar wel verplicht voor de evaluaties.

4.1.1 Inspannings-KPI's

Het invoeringsbudget (70% van het totaal) wordt in vier delen uitbetaald: 15% na een goedgekeurd implementatieplan, 30% na klaar-voor-gebruik en bevestiging van go-live, 15% na tussenevaluatie en kennisdeling en 10% na eindevaluatie en kennisdeling.

KPI	Indicator	% van budget
A1 – Goedgekeurd plan	Modelplan is goedgekeurd.	15%
A2 – Klaar voor gebruik	Toepassing is klaar voor gebruik (technisch, organisatorisch en veranderkundig) en startsignaal is gegeven aan de teams/cohorten. Deze KPI wordt behaald aan het einde van projectfase 1. Hiervoor is in ieder geval nodig: • De technische toepassing gecontracteerd is, werkt en live staat • Het zorgpersoneel training (HAZ: tailoring van modellen) heeft gehad voor hun nieuwe taken. • De vereiste communicatie naar de patiënten/cliënten is geregeld • Er is een EPD/ECD/HIS-koppeling gerealiseerd. Als dit (nog) niet is gelukt, dan geeft u aan hoe u de beoogde baten toch haalt en op termijn naar een koppeling (of vergelijkbaar alternatief) toewerkt. • Programma- en projectstructuur staat klaar op aanvraagniveau • Nulmeting is uitgevoerd	30%
A3 – Tussentijdse evaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 2, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Evalueer	15%

	en licht toe hoe u naar aanleiding van de evaluatie verbeteringen toepast. Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk spraakgestuurd rapporteren, gericht op implementatie.	
A4 – Eindevaluatie en kennisdeling	Evaluatie: Evaluatierapportage op aanvraagniveau opgeleverd aan zorgverzekeraar aan het einde van projectfase 4, met gemeten waarden op de resultaat-KPI's én alle overige KPI's, afgezet tegen de nulmeting. Kennisdeling: Op aanvraagniveau deelname en ten minste één bijdrage geleverd aan een landelijk kennisnetwerk spraakgestuurd rapporteren, gericht op borging van adoptie en impact.	10%

4.1.2 Resultaat-KPI's

Het resultaatbudget is 30% van het totaalbudget. Uitbetaling vindt plaats aan het einde van het project. U ontvangt het resultaatbudget naar rato van de mate waarin u de streefwaarde op de resultaat-KPI haalt. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling. Uitbetaling en verantwoording verlopen per organisatie; bij een gezamenlijke aanvraag bundelt de aanvrager de individuele resultaten tot één overzicht voor indiening.

KPI	Indicator	% van budget
B1 – Resultaat	Bestuurder tekent voor behalen van doelstellingen: (1) Beoogd aantal actieve gebruikers van spraakgestuurd rapporteren ten opzichte van het gestelde doelaantal gebruikers, zoals ingevuld in paragraaf 1.1, is behaald. (2) De beoogde tijdsbesparing (zie business case per sector in paragraaf 3.2) is gehaald – koepels doen handreiking voor pragmatische wijze van onderbouwing	50% of meer doelstelling behaald: 10% 75% of meer doelstelling behaald: 20% 100% doelstelling behaald: 30%

De impactmeting moet niet leiden tot disproportionele lasten. Daarom zijn twee componenten opgenomen in het voorliggende modelplan:

- Het zou onwenselijk zijn als het veld wordt overspoeld met toepassingen die volgens zorgverleners zelf geen tijd besparen. De resultaat-KPI op arbeidsimpact is daarvoor de filter.

- Er wordt een pragmatische, verantwoordingsgerichte benadering voorgesteld: bestuurders tekenen voor het behalen van de doelstelling en organisaties vullen de meting passend in, zonder uniform voorgeschreven en controlerend meetkader.

De koepels kunnen een handreiking opstellen om organisaties te helpen bij de meting. Drie voorbeelden ter illustratie:

1. Vaststellen gerealiseerde impact via steekproefsgewijze meting bij 10% van de zorgverleners in 10% van de teams, met een minimum van 10 gebruikers. Zorgverleners maken een standaardrapportage via typen (op laptop en/of mobiel) en via spraakgestuurd rapporteren; zij meten de benodigde tijd handmatig en leggen deze vast. Deze methode is in de praktijk al gebruikt in een SGR-project. Streefwaarde is de impact zoals vastgelegd in de business case van het modelplan.
2. Een beknopte digitale vragenlijst voor de zorgverleners die gebruikmaken van SGR. Hierin vullen zij hun inschatting in van de impact op hun tijdsbesteding aan administratie. Streefwaarde is de impact zoals vastgelegd in de business case van het modelplan.
3. Met een 'in de eigen organisatie gemeten tijdsbesparing per rapportage' die als voldoende representatief wordt gezien om samen met het aantal rapportages de totale besparing mee vast te stellen.

4.1.3 Overige KPI's

Overige KPI's meten het effect van de implementatie van de toepassing, maar zijn niet gekoppeld aan uitbetaling. Deze KPI's zijn wel verplicht voor de evaluatie, wat het bijhouden van deze KPI's noodzakelijk maakt voor het behalen van KPI's A3 en A4. U houdt deze KPI's zo goed mogelijk bij, maar gaat hier pragmatisch mee om, bijvoorbeeld door patiënt- en medewerkerstevredenheid te integreren in bestaande processen en kwaliteit en tijdsbesparing steekproefsgewijs te toetsen. Voorwaarde is dat u de meting aantoonbaar heeft uitgevoerd; zonder uitgevoerde en onderbouwde meting volgt geen uitbetaling. U monitort de overige KPI's op organisatieniveau, maar levert de evaluatierapportages op aanvraagniveau op.

KPI	Indicator	Acceptatiegrens
C1 – Kwaliteit van rapportages	Door medewerkers ervaren kwaliteit van de rapportages (steekproefsgewijs gemeten)	Minimaal gelijk aan IST
C2 – Patiënttevredenheid	Gemeten patiënt-/cliënttevredenheid en ervaren aandacht van zorgverlener	Minimaal gelijk aan IST
C3 – Medewerkerstevredenheid	Ervaren werkdruk en medewerkerstevredenheidsscore	Minimaal gelijk aan IST
C4 – Tijdsbesparing per zorgmoment/consult	Effecten op de administratietijd van zorgverleners (steekproefsgewijs gemeten)	Hoger dan IST

[Gaat u akkoord met alle bovenstaande KPI's? Ja/Nee]

4.2 Monitoring

ONTBREKENDE INFORMATIE: Landelijk wordt nog uitgewerkt via welk systeem en welk bijbehorend proces de aanvragers verantwoording afleggen over het behalen van de KPI's.

5. Risico's en mitigerende maatregelen

Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste risico's bij de implementatie en per risico de mitigerende maatregelen die u kunt treffen. Het gestructureerd delen van leerervaringen is belangrijk voor het verder in kaart brengen en mitigeren van deze risico's.

Risico's	Mitigerende maatregelen
Datakwaliteit en interoperabiliteit. Rapportages worden niet gestructureerd vastgelegd of zijn niet uitwisselbaar tussen systemen en ketenpartners, waardoor tijdswinst en hergebruik van data uitblijven.	EPD/ECD/HIS-koppeling waar mogelijk, eenheid van taal en gestructureerde vastlegging afdwingen waar mogelijk, aansluiten op open standaarden en de route- en actiekaart van het BO IZA-AZWA (Maastricht, 28 jan 2026), en inzet van generieke functies waar beschikbaar.
Privacy, security en AI-governance. Schending van AVG of NEN 7510, ongeoorloofde toegang tot patiënt-/cliëntgegevens, of niet-gevalideerde AI-uitkomsten (hallucinaties) in het dossier.	DPIA per toepassing, naleving NEN 7510 en sectorspecifieke beveiligingseisen, AI-governance met hallucinatiebewaking, auditeerbaarheid en menselijke validatie; voor ambient luisteren expliciete toestemming, transparantie en heldere bewaartermijnen.
EU AI Act-classificatie. Toepassing valt onder beperkt of hoog risico, met aanvullende eisen voor risicobeheer, transparantie en menselijk toezicht.	Vooraf classificeren met leverancier en jurist; bij hoog-risico inrichten van het verplichte risicobeheersysteem incl. technische documentatie, logging en menselijk toezicht, en meenemen in DPIA- en NEN 7510-cyclus.
Tegenvallende adoptie door zorgprofessionals. Toepassing wordt aangeschaft maar onvoldoende gebruikt, waardoor business case en fte-impact uitblijven.	Veranderkundige ondersteuning gedurende het hele project: scholingsbudget en -tijd, begeleiding op de werkvloer door vrijgestelde ambassadeurs, en structurele inbedding in de onboarding van nieuwe medewerkers.
Geen of onvoldoende eigenaarschap binnen de organisatie. Toepassing wordt wel geïntroduceerd, maar niemand pakt het eigenaarschap op om tot adoptie en impact te komen.	Combinatie van top-down en bottom-up aansturing: een ervaren programmamanager die een visie definieert en een projectstructuur vastlegt met duidelijke taken en verantwoordelijkheden, en ambassadeurs of kartrekkers binnen de teams, cohorten of praktijken die collega's enthousiasmeren.
Vrijblijvende samenwerking binnen het samenwerkingsverband. Deelnemers committeren zich onvoldoende, leereffecten worden niet gedeeld en opschaling stagneert.	Niet-vrijblijvende deelnemersafspraken met expliciete verantwoordelijkheidsverdeling, en een structurele werkwijze om leereffecten te delen met bredere structuren en kennisinstituten rond spraakgestuurd rapporteren en AI.
Afhankelijkheid van externe partijen. (1) Vertraging of niet-leveren door EPD/ECD/HIS of AI-leveranciers brengt de planning in gevaar.	(1) Vroegtijdige afstemming met ketenpartners en sluitende contractuele afspraken over levering en SLA, en een planning met

(2) De meeste leveranciers van spraakgestuurd rapporteren maken gebruik van LLM-modellen van grote commerciële AI-leveranciers. Afhankelijkheid van deze partijen kan een risico vormen voor de gebruikskosten en kwaliteit.	expliciete buffer en go/no-go-momenten per fase. (2) Aanvrager controleert bij leverancier de manier waarop deze afhankelijk is van grote commerciële AI-leveranciers. Aanvrager maakt goede afspraken met de leverancier over kosten in de toekomst.
Licentiekosten. De hoge licentiekosten en indirecte baten leiden tot een financiële prikkel om de toepassing te stoppen.	Aanvrager maakt voor deelname aan het project de afweging of de structurele business case gunstig is. Raamcontracten met leveranciers kunnen bijdragen aan een gezonde marktdynamiek.
Impliciete bias in transcriptiemodellen. LLM-modellen zijn getraind op bestaande kennis en hebben een afwijking naar de norm. Dit kan leiden tot impliciete bias, wat een risico is, met name bij downstream-toepassingen.	Human-in-the-loop bij de output van spraakgestuurd rapporteren. Downstream-toepassingen zowel bij <i>happy cases</i> als bij <i>edge cases</i> testen.

[Geef aan of u bovenstaande risico's en mitigerende maatregelen onderschrijft en vul deze verder aan]