We are not *reporting*



Spraakgestuurd rapporteren

Belofte, meting en effect

Popke Rein Munniksma
wearenot.com
28 september 2026

WHITEPAPER

Spraakgestuurd rapporteren

> **Kern.** Met de doorbraakmiddelen uit het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) betalen we spraakgestuurd rapporteren als arbeidsbesparing: 17 tot 45 fte per miljoen euro[3]. Of die besparing er komt, controleren we nauwelijks. De bestuurder tekent ervoor, en als bewijs volstaat een schatting van zorgverleners zelf[3].
>
> Het onderzoek geeft weinig reden om die besparing te verwachten. De tijdwinst per consult is minder dan een minuut[11]. In gerandomiseerd onderzoek werd de tool bij een derde van de consulten gebruikt, niet bij de 90% waar het plan van uitgaat[8]. En vrijgekomen minuten worden zelden extra patiënten[6; 11].
>
> Het effect dat wel groot is en goed is aangetoond, minder uitputting bij zorgverleners[9], noemt het modelplan een indirect effect. Het wordt gemeten, maar hoeft alleen niet slechter te worden[3].
>
> **We verantwoorden spraakgestuurd rapporteren op wat het nauwelijks doet, en zetten opzij wat het wel doet.**

Opzet

Spraakgestuurd rapporteren (SGR) komt in twee vormen. In de ouderenzorg en thuiszorg gaat het meestal om dicteren. De medewerker spreekt de rapportage in en de software zet die om in tekst. In het ziekenhuis, bij de huisarts en in de ggz gaat het om een AI-scribe. Software die het gesprek met de patiënt meeluistert en er zelf een verslag van maakt, dat de zorgverlener daarna controleert. Het modelplan eist voor ziekenhuizen, huisartsen en ggz de AI-scribe[3, p. 4]. De cijfers die volgen gaan vooral over die vorm.

1. De belofte

Het AZWA noemt spraakgestuurd rapporteren als een van de twee AI-toepassingen waarmee de zorg breed gaat starten[1]. Daarvoor is 800 miljoen euro aan doorbraakmiddelen beschikbaar, te besteden in 2027 tot en met 2029. Wie mee wil doen, dient een aanvraag in op basis van een vast modelplan. Dat kan vanaf 1 december 2026[2].

Het doel van dat modelplan is arbeidsbesparing. Paragraaf 3.2 noemt een besparing die “normatief vastgesteld per sector” is en “tussen de 17 en 45 fte per miljoen euro investering”

bedraagt[3, p. 16]. Per zorgverlener komt dat neer op 10 uur per jaar in het ziekenhuis, 22,5 uur in de ouderenzorg en bij de huisarts, en 27 uur in de ggz[3, p. 17]. Dat is ruim een werkdag tot ruim drie werkdagen per jaar. Wie aanvraagt, verklaart zich in te zetten om die besparing te halen.

De rekensom achter die uren is eenvoudig. Tijdwinst per consult, maal het aantal consulten waarbij de tool wordt gebruikt. Het modelplan rekent met 40 seconden per consult in het ziekenhuis en 90 seconden per rapportage in de ouderenzorg, met gebruik bij 90% van de geschikte consulten, en met adoptie door alle zorgverleners in de aanvraag. Die schattingen zijn “gebaseerd op openbare rapporten en praktijkervaring”[3, p. 16]. Welke rapporten dat zijn, staat er niet bij.

Wat er met de bespaarde tijd gebeurt, laat het modelplan open. Die "kan vervolgens ingezet worden voor doelen zoals verlaging van de werkdruk en het helpen van meer patiënten"[3, p. 16].

De belofte heeft dus twee stappen. Eerst moeten de minuten er komen. Daarna moeten ze ergens terechtkomen waar ze arbeidsinzet opleveren.

2. De rekensom naast het onderzoek

De tijdwinst per consult

Op dit punt klopt het modelplan met wat onafhankelijk is gemeten. In een ziekenhuis in Singapore zaten observatoren bij 169 consulten en klokten de tijd. Ervaren gebruikers van een AI-scribe waren per consult 0,8 minuut minder kwijt aan documentatie[11]. Dat komt overeen met de 40 seconden uit het plan. Voor de ouderenzorg vonden Vilans en de HAN dat een rapportage op de telefoon 34 seconden inspreken kostte tegen 122 seconden typen[14]. Ook dat past bij de 90 seconden.

Voor de 30 seconden bij de huisarts en de 180 seconden in de ggz is in de literatuur die voor dit stuk is gelezen geen onafhankelijke meting gevonden.

Gebruik in de praktijk

Het plan gaat ervan uit dat elke zorgverlener de tool bij bijna elk consult gebruikt. Bij 90% van de geschikte consulten, en iedereen doet mee. In de praktijk ligt dat veel lager.

- In een gerandomiseerde studie aan UCLA kregen 238 artsen een AI-scribe. Ze gebruikten hem bij één op de drie consulten. Eén op de zeven artsen gebruikte hem nooit[8].
- In de grootste studie tot nu toe, met 8.581 zorgverleners in vijf Amerikaanse academische centra, gebruikte maar een derde van de deelnemers de tool bij minstens de helft van hun consulten. Juist die groep boekte de meeste tijdwinst[6].
- In Nederlandse ziekenhuizen gebruikt gemiddeld 21% van de beoogde zorgverleners de tool actief[5].

Dat drukt de rekensom hard. Wie de tool bij één op de drie consulten gebruikt, haalt ook maar een derde van de beloofde uren. Wat er dan netto overblijft, laat de grote Amerikaanse studie zien. 10% minder tijd aan documentatie, en 3% minder tijd in het patiëntendossier als geheel[6].

Hoger gebruik kan wel. In een studie in Wisconsin gebruikten zorgverleners de tool bij 71% van hun consulten. Dat kwam niet vanzelf. De invoering had snelle verbeterrondes en begeleiding door implementatiedeskundigen[9]. Wie hoog gebruik wil, moet investeren in de invoering, niet alleen in licenties.

Waar blijven de minuten?

Minuten worden pas arbeidsinzet als ze ergens naartoe gaan. Het onderzoek laat zien dat dat nauwelijks gebeurt.

- **Meer patiënten.** In de grote Amerikaanse studie steeg het aantal consulten met 1,7%. Dat is één extra consult per twee weken[6]. In San Francisco was het 0,8 consult per week[7].
- **Kortere consulten.** In Singapore bleven de duur van het consult en de totale tijd per patiënt gelijk. De onderzoekers noemen SGR daarom een kwaliteitsinterventie en geen productiviteitsmiddel[11].
- **Minder werk in de avond.** In de grote studie en in de UCLA-studie daalde het werk buiten werktijd niet meetbaar[6, 8]. In Wisconsin verdween de daling zodra een paar extreme uitschieters buiten beschouwing bleven[9]. Alleen een nog niet beoordeelde studie uit St. Louis vond na vijf maanden 18% minder avondwerk[10].

- **Zorgorganisaties zelf.** Amerikaanse zorgsystemen die de tool al breed gebruiken, zagen meestal geen stijging van het aantal patiënten. Ze waarschuwden dat sturen op meer patiënten het effect op burn-out tenietdoet[19].

Waar de tijd wel heen gaat, is niet gemeten. De onderzoekers van de grote studie vermoeden dat een deel opgaat aan het controleren van het verslag, aan berichten en aan uitslagen[6]. In Singapore ging hij naar oogcontact met de patiënt[11]. Geen van beide levert arbeidsinzet op zoals het modelplan die rekent.

De minuten bestaan. De fte's volgen niet vanzelf. Vrijgekomen tijd wordt pas arbeidsinzet als iemand besluit waar hij naartoe gaat, en het modelplan laat die keuze open.

3. De verantwoording

Je zou verwachten dat de verantwoording precies deze twee stappen toetst. Het modelplan kiest bewust een lichtere weg. Bestuurders tekenen voor het behalen van de doelstelling en organisaties vullen de meting “passend in, zonder uniform voorgeschreven en controlerend meetkader”[3, p. 20].

Het werkt zo. Van het budget wordt 70% uitbetaald op inspanning. Plan goedgekeurd, tool in gebruik, evaluaties opgeleverd. De overige 30% hangt aan één resultaat-KPI. Die bestaat uit twee delen. Het beoogde aantal actieve gebruikers is gehaald, en de beoogde tijdsbesparing is gehaald. De lat is de rekensom uit paragraaf 1[3, p. 19]. Hoe een organisatie de tijdsbesparing aantoont, mag ze zelf kiezen. Het plan noemt drie voorbeelden. Een steekproef waarin zorgverleners typen en inspreken met de hand klokken, een korte vragenlijst waarin zorgverleners “hun inschatting” van de tijdwinst invullen, of een eigen meting[3, p. 20]. Een meting vóór de start is verplicht[3, p. 18, 4].

Een schatting van gebruikers zelf is de zwakste van die drie. Het onderzoek laat zien hoe ver zelfrapportage en meting uiteen kunnen lopen. Microsoft meldt op basis van een enquête onder 879 gebruikers 5 minuten tijdwinst per consult[20]. Directe observatie meet 0,8 minuut[11]. Leveranciers melden een opbrengst per arts die 18 tot 27 keer hoger ligt dan onafhankelijke studies vinden[6; 7; 19]. De afwijking gaat overigens niet één kant op. In de ouderenzorg zegt 30% van de medewerkers juist tijd te verliezen, terwijl inspreken in het experiment twee tot drie keer sneller was dan typen[14]. Ook loggegevens uit het

patiëntendossier zijn niet compleet: de tijd die zorgverleners in de software van de leverancier besteden aan het corrigeren van het verslag telt daarin niet mee. Dat maakt de gemeten tijdwinst eerder te hoog dan te laag[8].

Wat niet wordt gemeten. Waar de bespaarde tijd naartoe gaat, of zorgverleners blijven, en of ze minder ziek zijn. Werkdruk wordt wel gemeten, maar met als enige eis dat hij niet slechter wordt dan vóór de invoering. Aan die meting hangt geen uitbetaling[3, p. 20].

Het modelplan legt uit waarom het zo is ingericht. De meting mag geen “disproportionele lasten” opleveren, en de resultaat-KPI is bedoeld als filter tegen “toepassingen die volgens zorgverleners zelf geen tijd besparen”[3, p. 19]. Voor dat doel is een zelfschatting geschikt. Maar een filter is iets anders dan een bewijs. Deze meting bevestigt de aanname uit de rekensom. Ze toetst hem niet.

4. Uitputting en aandacht

Het sterkste effect van de AI-scribe zit niet in tijd, maar in hoe zwaar het werk voelt.

- **Uitputting.** In Wisconsin kregen 66 zorgverleners in een gerandomiseerde opzet een AI-scribe. Hun werkuitputting daalde met 0,44 punt op een schaal van vijf. Dat was de hoofduitkomst van de studie, niet een bijvangst. Van elke vijf gebruikers gingen er ongeveer drie meetbaar vooruit[9]. De UCLA-studie vond als nevenuitkomst minder burn-out en een lagere taakbelasting[8]. Het overzicht van Digizo.nu, opgesteld namens de landelijke zorgpartijen, komt uit op minder burn-out en minder mentale belasting[16].
- **Aandacht voor de patiënt.** In Singapore steeg het oogcontact van 70% naar 77% van het consult. Van de 39 ondervraagde patiënten vond 69% dat de arts meer aandacht voor hen had[11].

Deze effecten zijn gevonden bij de AI-scribe in medische settings. Voor dicteren in de ouderenzorg is geen verband gevonden met ervaren werkdruk of werkplezier[14].

Er zijn ook risico's. Verslagen die een AI-scribe maakt, bevatten vóór correctie in 15% tot bijna 50% van de gevallen fouten, meestal weggelaten informatie[16]. In een simulatie had 70% van de verslagen een fout[13]. En in de huisartsenzorg van een Amerikaans ziekenhuisnetwerk stonden in AI-verslagen meer psychische klachten, terwijl die consulten juist minder vaak leidden tot een verwijzing, diagnose of recept. Dat is een observatie, geen

bewezen oorzaak, maar het laat zien dat beter vastleggen niet hetzelfde is als beter behandelen[21].

Het modelplan kent deze effecten. In paragraaf 3.3 staan ze onder het kopje “andere effecten die niet als harde KPI's in het modelplan zijn opgenomen”. Bovenaan die lijst staat “Werkdruk en werkplezier”[3, p. 17]. Het best aangetoonde effect staat daarmee bij de bijeffecten.

5. Richten we ons op het goede?

De officiële reden om SGR op te schalen is arbeidsbesparing via minuten. Het sterkst aangetoonde effect is minder uitputting.

Die twee liggen dichter bij elkaar dan het lijkt. Het AZWA gaat over het personeelstekort. Een zorgverlener die minder uitgeput is, blijft langer in het vak en werkt meer uren. Dat is ook arbeidsinzet, via behoud van mensen in plaats van via minuten. Die route is aannemelijk, maar nog niet bewezen. Amerikaanse zorgsystemen noemen het te vroeg om iets over uitstroom te zeggen[19], en verzuim is in de gelezen studies niet onderzocht.

Wie op die route wil sturen, heeft drie aanpassingen nodig. Ze gelden voor de aanvrager, de beoordelaar en de verzekeraar.

1. **Werkdruk als resultaat, niet als ondergrens.** Maak ervaren werkdruk en uitputting een resultaat-KPI. Meet die met een beproefde vragenlijst, vóór de start en daarna.
2. **Volg of mensen blijven.** Uitstroom en verzuim bepalen of minder uitputting ook arbeidsinzet wordt. Dat hoeft niet binnen drie jaar bewezen te zijn, maar moet wel vanaf dag één worden bijgehouden.
3. **Leg vooraf vast waar de tijd naartoe gaat.** Spreek per team af wat er met de vrijgekomen tijd gebeurt, en meet dat. Zonder die afspraak verdampt hij.

Wie SGR opschaalt vanwege het tekort, moet meten of zorgverleners het langer volhouden, niet of ze sneller rapporteren.

6. De lezer

Economen kennen een oud patroon. Als iets efficiënter wordt, gaan we er meer van gebruiken in plaats van te besparen. Jevons beschreef het in 1865 voor steenkool[23]. Voor rapporteren betekent het dat als schrijven makkelijker wordt, schrijven we meer. Dat gebeurde al vóór AI. Tussen 2009 en 2018 groeide het gemiddelde poliklinische verslag in een Amerikaans academisch centrum van 401 naar 642 woorden. In 2018 was 71% van de tekst sjabloon of gekopieerd, en bijna 60% was identiek aan het vorige verslag[17]. De eerste signalen sinds AI zijn gemengd. In een Nederlandse simulatie waren AI-samenvattingen langer dan handgeschreven versies[18]. In St. Louis werden verslagen bij de start 5% langer, maar waren ze na vijf maanden terug op het oude niveau[10].

Een verslag is een boodschap aan de toekomst. Aan de collega van de avonddienst, de huisarts die de brief krijgt, de patiënt die inzage vraagt, de zorgverlener zelf over een half jaar. Schrijven wordt goedkoop. Lezen kost evenveel als altijd.

> ***Wie heeft de tijd om dat te lezen?***

De standaardinstelling stuurt het gedrag[24]. Bij een AI-scribe is die standaard het sjabloon. Dat bepaalt hoe lang en hoe gericht het verslag wordt, lang voordat iemand het leest. Digizo.nu pleit voor landelijke sjablonen per specialisme[16]. Maak lengte en doel van het verslag daar een ontwerpeis van.

De maat van een goed verslag is niet het aantal woorden, maar de beslissing die de volgende lezer erop kan nemen. De grootste winst van spraakgestuurd rapporteren zit niet in sneller schrijven. Die zit in de vraag die het ons opdringt. Wat moet er in het dossier, en voor wie schrijven we het?

Bijlage A. Aannames modelplan tegenover meting

ONDERDEEL	MODELPLAN [3]	GEMETEN IN DE LITERATUUR
Tijd per zorgmoment, MSZ	40 seconden	0,8 minuut per consult bij ervaren gebruikers[11]
Tijd per rapportage, VVT	90 seconden	122 naar 34 seconden, telefoon, gecontroleerde setting[14]
Tijd per moment, HAZ en GGZ	30 en 180 seconden	Geen onafhankelijke meting in de gelezen literatuur
Gebruik	90% van de geschikte consulten	30 tot 34% (UCLA)[8]; 71% met intensieve implementatie (Wisconsin)[9]
Adoptie	100% van de zorgverleners in de aanvraag	21% actief in Nederlandse ziekenhuizen[5]; 32% van de adopters gebruikt bij de helft of meer van de consulten[6]
Verzilvering	"kan" worden ingezet voor werkdruk of meer patiënten	+1,7% consulten[6]; consultduur gelijk[11]; meestal geen stijging patiënten[19]
Werkdruk	Indirect effect; KPI C3 minimaal gelijk aan IST	Werkuitputting −0,44 op 5-puntsschaal, NNT 1,68 (RCT, primaire uitkomst)[9]

Bijlage B. Studies en bevindingen

n.s. = niet significant. Dollarbedragen komen uit de Amerikaanse bekostiging en zijn niet over te zetten naar Nederland.

STUDIE	OPZET EN SETTING	EFFECT OP TIJD	CAPACITEIT EN RENDEMENT	FINANCIERING EN BELANGEN
Internationaal: AI-scribe				
Rotenstein, JAMA 2026[6]	Cohort, 5 academische centra VS, 8.581 clinici	Documentatie −16 min per 8 patiënturen (−10%); EPD totaal −3%; buiten werktijd n.s.	+0,49 consult per week (+1,7%); +$167 per clinicus per maand	AHRQ en fondsen. MGB had belang in Abridge; auteurs met banden met Abridge en Augmedix
Holmgren, JAMA Netw Open 2026[7]	Cohort, UCSF, 1.565 artsen	Niet gemeten	+0,8 consult per week; ca. $3.044 per arts per jaar; upcoding niet uitgesloten	Academisch; belangenverklaring niet gecontroleerd
Lukac, NEJM AI 2025[8]	RCT, UCLA, 238 artsen, DAX en Nabla tegen controle	Nabla −9,5% tijd per notitie, gemiddeld over alle notities; DAX n.s.; buiten werktijd n.s.	Niet gemeten; burn-out en taakbelasting verbeterd (secundair)	UCLA; leverancier gaf training; contract bepaalde looptijd en aantal gebruikers
Afshar, NEJM AI 2025[9]	Stepped-wedge RCT, Wisconsin, 66 zorgverleners, Abridge	Notities −22 min per dag; buiten werktijd n.s. na uitsluiten uitschieters	Werkuitputting −0,44 op 5-puntsschaal (NNT 1,68); gebruik 71%	UW Health en NIH
Waken, medRxiv 2026[10] (preprint)	Tijdreeks, WashU, 220 huisartsen, 314.845 consulten	Notitietijd −7% bij start, −15% na 150 dagen; avondwerk −18%	wRVU +2%; notitielengte +5% bij start, na 150 dagen terug op oud niveau	Academisch; één auteur onbetaald adviseur Abridge

STUDIE	OPZET EN SETTING	EFFECT OP TIJD	CAPACITEIT EN RENDEMENT	FINANCIERING EN BELANGEN
Singapore GH, JMIR Med Inform 2026[11]	Directe observatie, 9 ervaren gebruikers, 169 consulten	Documentatie −0,8 min per consult (−15%)	Consultduur en totale tijd per patiënt gelijk; oogcontact 70% naar 77%	Eigen tool van het ziekenhuis
Murray, JAMIA Open 2026[12]	Simulatie, Toronto, 9 huisartsen	Documentatie van 36% naar 11% van het consult (−69%)	Totale consultduur n.s.	Ontario Ministry of Health; geen belangen
Biro, JMIR 2025[13]	Simulatie, 2 commerciële scribes, 44 notities	Niet gemeten	Fouten in 70% van de notities, vooral omissies	Niet gecontroleerd
Leveranciers[19; 20]	Eigen enquêtes en klantcases	Microsoft: 5 min per consult. Oracle: 66 min per dag	Microsoft: 13 extra slots per maand. Suki: +5% consulten, $54.000 per gebruiker per jaar	Leverancier zelf
Nederland				
Van Buchem, JMIR AI 2024[18]	Simulatie, LUMC, 22 studenten, 430 samenvattingen, Nederlandse commerciële scribe	202 naar 186 seconden per samenvatting (−8%)	Onbewerkt lagere kwaliteit; AI-samenvattingen langer	Twee co-auteurs werkzaam bij Autoscriber
Vilans, HAN, AWIZ 2025-2026[14] (dicteren, VVT)	Experiment met 35 medewerkers plus enquête onder 293 medewerkers in 14 organisaties	2 tot 3,5 keer sneller dan typen	52% ervaart tijdwinst, 30% tijdverlies (persbericht: 54% en 29%); geen verband met werkdruk of werkplezier; kosten-baten positief mits tijd wordt verzilverd	Onafhankelijk, Consortium Waardebepaling
Vilans, AWIZ factsheet 2025[15] (dicteren, VVT)	Enquête, 16 organisaties	Zelfgeschat 56 naar 42 min per dag	Hbo-verpleegkundigen meer tijd nodig, onder meer door de leerfase	Kennisinstituut
Digizo.nu, MSZ-rapport 2026[16]	Synthese van literatuur en praktijk, namens IZA-partijen	Aanwijzingen voor minder documentatietijd	Onbewerkte verslagen: foutpercentage ca. 15% tot bijna 50%; geen kostenstudies gevonden	IZA-partijen, waaronder ZN
M&I, AI Monitor Ziekenhuizen 2026[5]	Monitor onder ziekenhuizen (via ICT&health)	Niet gemeten	69% gestart, 21% actief gebruik; bijna de helft verwacht hogere kosten door AI	Adviesbureau
Praktijkberichten[2] [2]	Pilots, nieuwsberichten	MCL: tot 45 min per dag. Mijzo: ca. 30%	Niet gemeten	Mijzo-pilot op initiatief van de ECD-leverancier

Bijlage C. Leverancierclaims tegenover onafhankelijk onderzoek

UITKOMST	WAT LEVERANCIERS MELDEN	WAT ONAFHANKELIJK ONDERZOEK MEET
Tijd per consult	Microsoft: 5 minuten, uit eigen enquête onder 879 gebruikers[20]	Directe observatie: 0,8 minuut per consult met scribe[11]. UCLA-RCT, gemiddeld over alle notities: Nabla netto 23 seconden, DAX n.s.[8]

UITKOMST	WAT LEVERANCIERS MELDEN	WAT ONAFHANKELIJK ONDERZOEK MEET
Extra consulten	Microsoft: 13 extra slots per maand[20]. Suki: +5%[19]	JAMA: +1,7%, een consult per twee weken[6]. UCSF: +0,8 per week[7]
Opbrengst	Suki: $54.000 per gebruiker per jaar[19]	JAMA: ca. $2.000 per jaar[6]. UCSF: ca. $3.000 per jaar[7]
Werk buiten werktijd	Abridge-klantcases: −48% tot −60%[19]	JAMA en UCLA: n.s. Wisconsin: n.s. na uitsluiten uitschieters[6; 8; 9]. WashU: −18% na vijf maanden[10]
Nederland	MCL: tot 45 minuten per dag; Mijzo: ca. 30%[22]	VVT: 52% ervaart winst, 30% verlies[14]. LUMC-simulatie: −8%[18]

Bijlage D. Uitleg van begrippen

- **AI-scribe.** Software die het gesprek tussen zorgverlener en patiënt meeluistert en daar met een taalmodel een conceptverslag van maakt. De zorgverlener controleert en corrigeert dat verslag.
- **Dicteren.** De zorgverlener spreekt de rapportage in. Spraakherkenning zet die om in tekst. Vervangt typen, niet het samenvatten.
- **Doorbraakmiddelen.** 800 miljoen euro uit het AZWA voor het opschalen van bewezen, arbeidsbesparende technologie in 2027 tot en met 2029.
- **Modelplan.** Het vaste format waarin een aanvraag voor doorbraakmiddelen moet worden ingediend, met vooraf vastgelegde doelen en KPI's.
- **KPI.** Prestatie-indicator. In het modelplan bepalen inspannings-KPI's 70% van de uitbetaling en de resultaat-KPI 30%. Overige KPI's worden gemeten, maar hangen niet aan geld.
- **Nulmeting.** Meting van de uitgangssituatie vóór de invoering, zodat het effect daarna te bepalen is.
- **fte.** Voltijdsequivalent, de werktijd van één voltijdsmedewerker.
- **Gerandomiseerde studie (RCT).** Onderzoek waarin het lot bepaalt wie de tool krijgt en wie niet. Dat is de sterkste manier om een effect aan te tonen, omdat verschillen tussen groepen dan niet aan zelfselectie liggen.
- **Cohortstudie.** Onderzoek waarin gebruikers en niet-gebruikers over de tijd worden gevolgd, zonder loting. Groter, maar gevoeliger voor vertekening.
- **Preprint.** Een studie die nog niet door vakgenoten is beoordeeld.
- **Zelfrapportage.** Meting waarbij de gebruiker zelf inschat wat het effect was, in plaats van dat het wordt geobserveerd of uit systeemgegevens wordt gehaald.

- **MSZ, VVT, HAZ, GGZ.** Medisch-specialistische zorg (ziekenhuizen), verpleging, verzorging en thuiszorg, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg.

BRONNEN

1. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA), 2025. https://open.overheid.nl/documenten/52fcdec1-71d5-4695-87bf-e4c46c73d730/file
2. Zorgakkoorden.nl, doorbraakmiddelen en modelplannen, 2026. https://www.zorgakkoorden.nl/programmas/aanvullend-zorg-en-welzijnsakkoord/doorbraakmiddelen/
3. BO IZA-AZWA. Modelplan Spraakgestuurd Rapporteren, versie 7 september 2026, p. 4 en 16-20. https://www.zorgakkoorden.nl/.wh/ea/uc/f36fbcacc01022af0110002d530029cdbf741466304f800/260907%20-%20Modelplan%20-%20Spraakgestuurd%20Rapporteren.pdf
4. BO IZA-AZWA. Aanpassingen modelplannen, september 2026. https://www.zorgakkoorden.nl/.wh/ea/uc/fe314025e010236f0110002d530027fdba792b69c20c900/2.%20Aanpassingen%20modelplannen.pdf
5. M&I/Partners, AI Monitor Ziekenhuizen 2026; cijfers via De Theije K, ICT&health, 6 mei 2026 (rapport zelf niet ingezien). https://www.icthealth.nl/nieuws/doorbraak-begint-met-de-slechtste-ai-scribe-die-je-ooit-zult-gebruiken
6. Rotenstein LS, Holmgren AJ, et al. JAMA 2026;335(16):1408-17. https://doi.org/10.1001/jama.2026.2253
7. Holmgren AJ, et al. JAMA Netw Open 2026;9(1):e2553233. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.53233
8. Lukac PJ, et al. NEJM AI 2025;2(12). https://doi.org/10.1056/aioa2501000
9. Afshar M, et al. NEJM AI 2025;2(12). https://doi.org/10.1056/aioa2500945
10. Waken RJ, et al. medRxiv 2026, preprint. https://doi.org/10.64898/2026.01.12.26343538
11. Singapore General Hospital. JMIR Med Inform 2026;14:e85580. https://doi.org/10.2196/85580
12. Murray L, et al. JAMIA Open 2026;9(4):ooag101. https://doi.org/10.1093/jamiaopen/ooag101
13. Biro J, et al. J Med Internet Res 2025;27:e64993. https://doi.org/10.2196/64993
14. Dantuma I, Van Hoesel T, Van Riel M, Nap HH, Rood P. ICT&health 2/2026; en Anders Werken in de Zorg, oktober 2025. https://anderswerkenindezorg.nl/onderzoek-spraakgestuurd-rapporteren-2-tot-3-keer-sneller/
15. Vilans en Anders Werken in de Zorg, factsheet 2025; via ICT&health, 7 maart 2025. https://www.icthealth.nl/nieuws/vilans-onderzoekt-meerwaarde-van-technologie-in-de-zorg
16. Digizo.nu. SGR binnen de MSZ: opschaling in de praktijk, v1.0, 3 februari 2026. https://digizo.nu/proces/spraakgestuurd-rapporteren-msz/
17. Rule A, et al. JAMA Netw Open 2021;4(7):e2115334. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.15334
18. Van Buchem MM, et al. JMIR AI 2024;3:e60020. https://doi.org/10.2196/60020
19. Peterson Health Technology Institute. Adoption of AI in healthcare delivery systems, maart 2025. https://www.phti.org/ai-adoption-early-applications-impacts/
20. Microsoft. Meet Microsoft Dragon Copilot, 3 maart 2025. https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-cloud/blog/healthcare/2025/03/03/meet-microsoft-dragon-copilot-your-new-ai-assistant-for-clinical-workflow/
21. Castro VM, et al. JAMA Psychiatry 2026;83(3):281-6. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.4303

22. ICT&health, berichten over Mijzo (2024) en MCL (oktober 2025). https://www.icthealth.nl/nieuws/primeur-spraak-gestuurd-rapporteren-in-ecd
23. Jevons WS. The Coal Question. Londen: Macmillan, 1865.
24. Thaler RH, Sunstein CR. Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness. New Haven: Yale University Press, 2008.

Gedachten opgetekend met Claude.