

ICT in de zorg: mensenwerk



Inleiding

We kunnen er niet omheen: de gezondheidszorg van de 21^e eeuw kan niet verder zonder ict. We willen allemaal dat de patiënt centraal komt te staan, we willen dat de zorg evidence based is, we moeten meer samenwerken in ketens van zorg en dus meer communiceren. Moderne software en hardware; goede geautomatiseerde processen zijn daarbij onontbeerlijk. Want verwijsbriefjes raken zoek, papieren dossiers zijn onvolledig of onleesbaar, overdrachtsfouten liggen overal op de loer, medische missers treden te vaak onnodig op: willen we de gezondheidszorg moderniseren zoals het hoort bij deze tijd, dan kan dat alleen met behulp van goede ict.

Maar tussen droom en daad staan wetten in de weg, en praktische bezwaren. Vooral met die praktische bezwaren heeft TNO de nodige ervaring opgedaan in het project Verbetering Transmurale Samenwerking. Al is het project daardoor niet honderd procent geslaagd te noemen, het heeft toch veel opgeleverd. Lessen, tips, inzichten. Die heeft TNO bijeengebracht in het boekje dat u nu in handen heeft. We weten nu veel meer over de voorwaarden die vereist zijn voor succesvolle implementatie van ict in de zorg. Deze kennis willen we delen met een ieder die hiermee in de nabije toekomst te maken krijgt – en dat zijn naar verwachting heel wat mensen.

De fouten die in het verleden zijn gemaakt, zegt ook de Amerikaanse ict-deskundige Andrew Wiesenthal in deze bundel, hoeft niemand meer te maken. Wel moeten we daarvoor de kennis die we inmiddels hebben, met elkaar delen én toepassen. We hopen dat velen er hun voordeel mee kunnen doen – dan wacht ons een wenkend, geautomatiseerd toekomstperspectief. ■



„Success with
clinical computing
requires the
simultaneous
navigation of
important socio-
cultural pathways,
all aimed at the
transformation of
the ways in which
we function.”

JEFFREY ROSE



De zorgketen voor kinderen in Nederland kent zwakke plekken: aan afstemming, overleg en samenwerking tussen de verschillende zorgverleners hapert veel. Het TNO project Verbetering Transmurale Samenwerking beoogde hiervoor een oplossing aan te dragen. Op een eigentijdse wijze: met gezamenlijk opgestelde protocollen en een speciaal ontwikkelde vorm van ict. Het project is niet geslaagd, maar levert wel een aantal belangrijke inzichten en lessen voor de toekomst op.



De zorgketen voor Nederlandse kinderen

De medische zorg voor Nederlandse kinderen is uniek in de Westerse wereld. Verschillende beroepsgroepen zijn erbij betrokken, zoals huisartsen, jeugdartsen, kindartsen en andere specialisten. De zorg wordt ongevraagd aangeboden en het bereik van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is groot, zeker in de eerste jaren van het leven van een kind. Zo ontvangt meer dan 95% van alle Nederlandse kinderen de vaccinaties die zij nodig hebben.

Consultatiebureau-artsen zijn verantwoordelijk voor de zorg voor kinderen van nul tot vier jaar; jeugdartsen voor kinderen van vier tot negentien. In tegenstelling tot de andere genoemde artsen behandelen zij niet, maar hebben zij vooral preventieve en vroegsignalerende taken. Consultatiebureau-artsen voeren onder andere het vaccinatieprogramma uit, screenen op gehoor- en gezichtsproblemen en monitoren de groei van kinderen. Problemen bij het opgroeien, de opvoeding of de ontwikkeling van een kind kunnen door hen en door de jeugdartsen in een vroeg stadium worden gesignaleerd. Het uiteindelijke doel is om verschillen in gezondheid te verkleinen en alle kinderen gelijke kansen op gezondheid te bieden.

Omdat consultatiebureau- en jeugdartsen niet behandelen, moeten zij zich wenden tot andere zorgverleners in de keten als zich een probleem voordoet. Wanneer verder

onderzoek of misschien behandeling nodig is, zal de consultatiebureau- of jeugdarts een kind doorverwijzen naar de huisarts. Die kan dan beoordelen of verdere behandeling, eventueel door kinderarts of andere specialist, aangewezen is. In andere landen worden de taken van de Nederlandse jeugd- of consultatiebureau-arts meestal uitgevoerd door een algemeen kinderarts of een sociaal kinderarts ('social pediatrician'). Die ziet zowel gezonde kinderen bij wie vaccinaties en screening volstaan, als kinderen die eventueel behandeling nodig hebben. De zorgketen zoals die in Nederland bestaat, kennen die landen niet.

Communicatie in de JGZ-keten

Hoe verlopen samenwerking en communicatie tussen de 'nulde lijn' (de consultatiebureau- en jeugdartsen), de eerste lijn (de huisartsen) en de tweede lijn (de kinderartsen en andere specialisten) in de JGZ? Ruim tien jaar geleden, in 1996, is door TNO en KPMG een onderzoek uitgevoerd om dit in kaart te brengen. Hieruit bleken de terugkoppeling en de communicatie tussen de verschillende beroepsgroepen tekort te schieten. Na een verwijzing verstreek veel tijd voordat de jeugdarts bericht kreeg over het verdere verloop van diagnostiek of behandeling – als er al een bericht kwam.

Dit probleem werd door twee belangrijke factoren veroorzaakt. In de eerste plaats bestond er geen overeen-

stemming over wat ‘een probleem’ was. Bovendien werd gecommuniceerd op papier. Het varieerde sterk hoe uitgebreid en zorgvuldig dit werd gedaan en in welke vorm, waardoor berichten ook regelmatig wegraakten.

Als eerste stap naar verbetering is TNO daarom is het project Verbetering Transmurale Samenwerking (VTS) gestart, ook wel ‘Project Ode, 1ste , 2de lijn’ genoemd. De uitvoering en afronding van dit project, dat heeft gelopen van 2000 tot begin 2006, is een bijzondere ervaring geweest waaruit een aantal waardevolle lessen te trekken zijn.

Hoe de transmurale samenwerking te verbeteren?

Het VTS-project beoogde om – stapsgewijs – de samenwerking, afspraken en communicatie tussen de verschillende betrokken partijen in de JGZ te verbeteren. Allereerst zijn voor dit doel gezamenlijke, transmurale protocollen ontwikkeld. Vervolgens is een systeem voor elektronische gegevensuitwisseling ontworpen.

De hoop was dat met deze – toen innovatieve – benadering zou worden bereikt dat

- De betrokken kinderen sneller op de juiste plaats terecht zouden komen;
- de terugkoppeling over de behandeling of advisering zou verbeteren;
- de werkwijze gebruikersvriendelijker zou zijn;
- de tevredenheid over de zorgketen zou toenemen onder zowel gebruikers als klanten (ouders).

Het project is uitgevoerd in de regio Leiden. Minstens veertig partijen waren erbij betrokken, waaronder een groot aantal huisartsen, jeugdartsen en consultatiebureau-artsen, drie ziekenhuizen en twee universitaire afdelingen.

In 2000 zijn we met veel enthousiasme gestart met een pilotproject waaraan ook een evaluatie-onderzoek was verbonden. We wilden immers zeker weten of we de beoogde doelen konden halen. Eerst zijn vier protocollen ontworpen door een team van een huisarts, een jeugd- of consultatiebureau-arts en een medisch specialist. Zij slaagden erin een gezamenlijk protocol op te stellen voor ernstige astma, voor groeiproblemen, voor terugkerende buikpijnklachten en voor hartruis. Voor andere problemen werd voorlopig een algemeen verwijsprotocol ontwikkeld.

De drie partijen in de zorgketen zouden als tweede belangrijke stap het papieren tijdperk achter zich laten en hun informatie voortaan elektronisch gaan uitwisselen, via een soort e-mail systeem op basis van gestructureerde berichten. Voor de huisartsen werd een communicatiemodule ontworpen in het bestaande elektronische patiënt dossier (HIS: Huisartsen Informatie Systeem). Voor de andere partijen werd een aparte applicatie ontwikkeld (de Communicator). Hierdoor zou snelle onderlinge communicatie mogelijk worden. De applicaties zouden uiteindelijk leiden tot efficiënte verwijzing en feedback van huisarts

naar jeugdarts en van kinderarts/kindercardioloog naar huisarts – uiteraard op basis van de nieuwe protocollen. Daarnaast voorzag de applicatie in de mogelijkheid van elektronische consultatie en feedback na een verwijzing.

Onoverkomelijke software problemen

Voordat de pilot werd geïmplementeerd, zijn handleidingen gemaakt en instructies gegeven aan alle betrokken partijen over belangrijke vragen als: hoe moet de nieuwe werkwijze eruit zien? En wie is binnen de instelling voor welke onderdelen van het proces verantwoordelijk? Ook voor ouders zijn folders en affiches ontwikkeld met informatie over het project. Er is een voormeting gedaan naar de traditionele manier van verwijzen en de snelheid van afhandeling. Tenslotte zijn logboeken ontworpen om de gebruikers hun ervaringen met het nieuwe systeem bij te laten houden.

In januari 2004 werd de pilot opgestart maar de installatie van de ontwikkelde software leverde onoverkomelijke problemen op. Vooral de integratie van die software in de verschillende ict-omgevingen verliep moeizaam. Voor de benodigde aanpassingen was er onvoldoende budget.

Het duurde anderhalf jaar voor een versie beschikbaar was die (b)leek te werken. Na overleg met alle deelnemers werd in november 2005 een beperkte pilot van een half jaar

gestart. Maar opnieuw bleek de installatie problemen op te leveren. De lokale ict-afdelingen gaven te kennen dat zij de planning van project niet konden halen. Bovendien bleef, ondanks eerdere aanpassingen, de Communicator moeilijk inpasbaar en gevoelig voor storingen door andere software, zoals viruscheckers.

In het voorjaar van 2006 trok een aantal huisartsen zich terug uit het project, waardoor een Thuiszorgorganisatie ook niet meer kon deelnemen. Het aantal verwijzingen bleef door dit alles ver achter bij de verwachtingen. In april 2006 heeft TNO moeten concluderen dat de pilot geen basis bood voor een goede evaluatie. Ook een vergelijking met de voormeting was onmogelijk door het kleine aantal verwijzingen; evenmin zou er een basis zijn voor een tevredenheidsonderzoek bij ouders en gebruikers. Hierop werd besloten de pilot stop te zetten.

Inmiddels waren heel wat frustraties bij alle partijen opgetreden. De deelnemers hadden zich aanvankelijk enthousiast achter het plan geschaard. Keer op keer leek er echt gestart te kunnen worden, maar bleek het niet mogelijk om berichten uit te wisselen. Ook het projectteam van TNO heeft zich regelmatig zeer ongelukkig gevoeld als bleek dat ondanks alle inspanningen, er wederom problemen waren met de software.

De laatste fase

In praktische zin is het project mislukt. Uiteindelijk is vlak voordat de stekker eruit ging één bericht succesvol verzonden. De verwachtingen die we hadden van de nieuwe manier van werken zijn, om het zacht uit te drukken, dus niet uitgekomen.

In mei 2006 is het project geëvalueerd in een bijeenkomst met alle deelnemers, onder leiding van een onafhankelijke moderator. In deze groepsmeeting is openlijk gepraat over de ervaringen van inmiddels zes jaar. Een aantal mensen had dit traject niet volledig meegemaakt, een deel van de aanwezigen wel. Uit de bijeenkomst kwamen aspecten van het project naar voren die door iedereen positief werden beoordeeld, maar ook aspecten die werden betreurd. Hopelijk kunnen deze ervaringen dienen als 'lessen voor de toekomst'.

De lessen

Het gevoel van urgentie, het gevoel dat verandering echt noodzakelijk was, bleek om te beginnen bij de verschillende betrokken partijen niet zo lang vol te houden als gedacht. Zeker niet bij iedereen op de werkvloer. We weten inmiddels dat succesvolle ict-implementatie staat of valt met een gedeelde behoefte aan een ander systeem. Want zeker in het begin zal een nieuw systeem géén tijd- en efficiëncywinst opleveren. Integendeel, de normale

routines moeten worden losgelaten, het systeem zal regelmatig haperen en de beoogde doelen zullen soms ver weg lijken. Als er dan geen duidelijke motivatie bestaat, noch een gevoel dat de verandering noodzakelijk is, zullen deelnemers al gauw afhaken en terugvallen op hun oude gewoontes.

Tijdens de implementatie- en uitvoeringsfase is onvoldoende contact onderhouden met en tussen de deelnemers, waardoor het gevoel van een gezamenlijk doel nóg verder verdween. Adequate training en 'post-implementation support' is van groot belang (Rose 2003, Rundall 2003). Ook intensieve communicatie is cruciaal. Daardoor kunnen de deelnemers hun ideeën snel uitwisselen en kan de koers tijdig aan iedereen worden uitgelegd. Ook eventuele koerswijzigingen leiden dan niet tot grote weerstand.

In het VTS-project bleek vervolgens dat de applicatie voor de 0e en 2e lijn onvoldoende aansloot op de lokale systemen. De weerstand van systeembeheerders en gebruikers groeit in zo'n geval: zij krijgen het gevoel dat er te weinig rekening met hen wordt gehouden. In een ketensysteem is één 'onwillige' schakel al gauw een belemmering voor succes. In dit project werden de oplossingen voor lokale problemen bovendien vaak ad hoc genomen wegens geldgebrek en gebrek aan planning vanaf de start. Daardoor was het totale systeem ook nog eens te weinig robuust en onvoldoende geïntegreerd.

Als hiermee samenhangend probleem kunnen we achteraf aanwijzen dat te weinig tijd is uitgetrokken voor het uittesten en implementeren van het systeem in de instellingen. Over het algemeen vergt succesvolle introductie van een ict-applicatie in de ketenzorg vijf jaar. Ook zijn lange periodes om te acclimatiseren nodig. Wij zijn veel te optimistisch geweest over de tijd die we nodig zouden hebben voor het inbouwen van de nieuwe techniek.

Zelfs als het nieuwe systeem vlekkeloos had gewerkt, zou er te weinig aansluiting zijn geweest op de dagelijkse routines. Deze fout wordt ook vaak vermeld in de literatuur. Wij dachten bij de start van het project een goed beeld te hebben van de werkwijze van alle zorgverleners. Maar we hebben zaken over het hoofd gezien die cruciaal bleken voor het goed functioneren van de keten. Zo weten we inmiddels dat consultatiebureau-artsen hun verwijsbrieven vaak niet tijdens het spreekuur invullen, maar 's avonds thuis. Dan is er rust, in plaats van druk om binnen een beperkt aantal minuten voldoende kinderen te zien. Elektronisch invullen van verwijsbrieven was met het door ons ontwikkelde systeem vanuit huis echter niet goed mogelijk.

Tussen de verschillende partijen die moesten samenwerken in het VTS-project bestond te veel afstand, zo hebben we gemerkt, vooral tussen de ict-experts en de zorgverleners. Zowel binnen de instellingen als binnen het projectteam bleek tussen de verschillende betrokkenen weinig gevoel

van gelijkwaardigheid te bestaan; er was weinig begrip voor elkaars situatie.

Hier wreekte zich ook nog eens het volgende probleem: gebrek aan leiderschap. Een democratisch beslismodel is wenselijk in de startfase van een project als dit, zo blijkt uit vele andere onderzoeken. Maar tijdens de implementatie werkt hiërarchisch leiderschap beter. Doordat dit ontbrak in het VTS-project was onvoldoende duidelijk wie beslissingen mocht nemen en knopen kon doorhakken. Daardoor duurde het vaak te lang voordat problemen werden opgelost en ontstonden er langdurige impasses, waardoor de deelnemers het gevoel kregen niet meer bij het project betrokken te zijn.

Het budget voor het project was ten slotte onvoldoende. Bijna alle auteurs die over dit soort projecten rapporteren, melden dat ook zij van te voren de benodigde middelen te laag hadden ingeschat.

De patiënt centraal

Het is niet zo moeilijk om moedeloos te worden van wat hiervoor is beschreven en wat er allemaal mis kan gaan. Gelukkig zijn er ook voorbeelden van succesvolle implementatie van ict in de zorg, zoals die bij Kaiser Permanente in de Verenigde Staten. Dergelijke voorbeelden kunnen helpen om de moedeloosheid niet te laten overheer-

sen maar aan de slag te gaan met de geleerde lessen. Bovendien hebben we niet veel keus. Het tijdperk van de ketenzorg, van de geïntegreerde aanpak van problemen en van het disease management is aangebroken. En terecht. Bij de meeste medische problemen, en zeker bij de chronische of complexe aandoeningen, is het niet langer verantwoord dat een zorgverlener in z'n eentje de patiënt of cliënt onder zijn hoede neemt. Zorgverleners moeten ieder een deel van het werk doen waarin ze zijn gespecialiseerd: preventie, of vroegsignalering, of begeleiding, of behandeling. Dat kan alleen maar goed gaan wanneer de patiënt niet – als het ware – in stukjes wordt geknipt en er telkens slechts een deel van zijn probleem wordt bekeken. Pas als de hele keten van zorg efficiënt (samen)werkt en van goede kwaliteit is, kan de patiënt echt centraal staan. Ketenzorg is een complexe aangelegenheid, al lijkt het concept verbluffend eenvoudig en onvermijdelijk. Maar het vergt veel van zorgverleners die tot nu toe gewend zijn hun eigen winkel goed te beheren en daarmee tevreden te zijn. Zij moeten gaan samenwerken, overdragen, van elkaar leren en misschien zelfs (een deel van) hun autoriteit afstaan.

Om ketenzorg echt goed te laten verlopen, zijn naast de medische professionals ook andere deskundigen nodig. Zoals experts op het gebied van processen in de gezondheidszorg, op het gebied van logistiek, financiën, bedrijfskunde en psychologie. En experts op het gebied van ict en

moderne communicatie. Daarnaast dient de zorg steeds meer evidence based te worden, waarvoor goede onderzoekers nodig zijn. Niet alleen het handelen van individuen moet wetenschappelijk onderbouwd zijn, de hele zorgketen moet evidence based zijn. Daarvoor is het nodig dat elk nieuw initiatief gepaard gaat met gedegen wetenschappelijk onderzoek dat de effecten meet op de gezondheid van patiënten, maar ook op hun tevredenheid én die van de zorgverleners.

Dit soort complexe doelen en processen zijn niet meer te beheersen met papier en met overdrachten per envelop. De processen moeten sneller verlopen; herhaling moet worden vermeden; onderzoek naar de wetenschappelijke basis onder de zorgketen moet worden uitgevoerd; patiënten moeten worden geholpen een deel van de regie te kunnen nemen, en de kosten moeten worden gemonitord. De noodzaak om gegevens aan te leveren voor regionaal of landelijk beleid wordt ook steeds groter. Voor het stroomlijnen van een dergelijke complexiteit zijn nieuwe ict-technieken in de zorg onontbeerlijk.

[Poldermodel](#)

De Nederlandse poldercultuur lijkt een vruchtbare bodem te zijn om duizend van dit soort nieuwe initiatieven te laten bloeien. We zijn immers al gewend om veel bij elkaar te komen en gemeenschappelijke doelen te bespreken.

Wanneer een project moet worden opgestart; wanneer dus het overleg, de afstemming en het bepalen van de doelen belangrijk zijn, zullen Nederlanders zich vaak als een vis in het water voelen.

Er schuilt echter ook een gevaar in onze democratische aanpak. Blijven we te lang overleggen en te lang ieder ons eigen stukje ontwikkelen van de gemeenschappelijke doelen, dan komt er van effectieve ketenzorg niet veel terecht. De uitdaging voor de nabije toekomst zal zijn om met veel meer verschillende disciplines echt samen te werken. We moeten leren om elkaars standpunt te begrijpen en elkaars expertise te waarderen. Daarvoor is óók leiderschap nodig van mensen of partijen die met een helikopterblik het polderlandschap kunnen beschouwen. Die de samenwerking tussen al die verschillende, gelijkwaardige disciplines krachtig willen aansturen. En die bereid zijn heel hard te werken en zich niet uit het veld te laten slaan door onverwachte problemen, die onvermijdelijk zullen opduiken. ■

Simone Buitendijk, Ton Vogels, TNO.

„Het
werken met
(nieuwe)
ict is voor-
namelijk
mensenwerk”



SIMONE BUITENDIJK



A person is climbing a rope ladder made of thick red ropes on a sandy beach. The person is wearing light blue jeans and white sneakers. The background is a blurred view of the ocean and sky. A semi-transparent dark green rectangle is overlaid on the right side of the image, containing a quote in white text.

„It must be
considered that
there is nothing
more difficult
to carry out, nor
more doubtful of
success, nor more
dangerous to
handle, than to
initiate a new order
of things.”

NICCOLO MACHIAVELLI

Hoe kan de communicatie in de zorgketen worden verbeterd? En hoe lukt dat op eigentijdse wijze, dus met behulp van moderne technologie?

Deze vraag stond in december 2006 centraal op het TNO symposium 'IT in health care transformation'. Genodigden uit binnen- en buitenland vertelden over hun ervaringen en de lessen die zij hebben geleerd.



„Misschien kunt u ons helpen ons kleine trauma in een triomf te veranderen”, zei Simone Buitendijk van TNO Kwaliteit van Leven aan het begin van het symposium op 18 december. Zij en haar collega Ton Vogels schetsen die dag openhartig hoe hun ict-project in de Jeugd-gezondheidszorg niet heeft opgeleverd wat ze ervan hadden gehoopt. De bedoeling was dat door dit project consultatiebureau- en jeugdartsen beter zouden gaan communiceren met huisartsen en kinderspecialisten over aandoeningen bij jonge patiëntjes. Daartoe werden gezamenlijke behandelprotocollen en een speciaal software-programma ontwikkeld. Maar er ontstonden grote problemen met de software, de verschillende betrokken partijen konden elkaars taal niet (leren) spreken, de techniek sloot niet aan op de gewoontes en routines van de zorgverleners, er was te weinig geld en er was te weinig leiderschap waardoor belangrijke knopen niet werden doorgehakt. Wel is er veel geleerd van de pilot, en deze lessen stonden centraal op de inspirerende bijeenkomst met zo'n vijftig genodigden.

Er waren diverse presentaties van Nederlandse 'ervaringsdeskundigen', zoals gynaecoloog Hans van der Slikke. Hij vertelde hoe het Madonna-programma aan het VU Medisch centrum vrouwen helpt om veel meer kennis over hun aandoeningen te verkrijgen, waardoor zij sterker komen te staan als patiënt. Waardoor zij kunnen vragen aan hun gynaecoloog: 'Volgens mij wijkt u nu van de

richtlijnen af, waarom is dat?' Met goede ict kan de patiënt écht centraal komen te staan in de zorg, is de overtuiging van Van der Slikke.

Eregasten waren de Britse obstetricus Aidan Halligan en de Amerikaanse kinderarts Andrew Wiesenthal (zie de interviews verderop in deze publicatie). Halligan was van 2002 tot 2006 de Senior Responsible Officer voor het ambitieuze ict-programma van de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk. Hij vindt dat het TNO-project nu al in een succes is veranderd, omdat het mislukken wordt toegegeven. „Als mensen de lessen van vandaag serieus nemen, zullen patiënten hier uiteindelijk van profiteren.”

Ton Vogels erkent in zijn presentatie ruiterlijk dat in de voorbereiding van het TNO-project beter nagedacht had moeten worden over vragen als: wie zijn de leiders, wie zijn verantwoordelijk, wat zijn de routines van de mensen. Andrew Wiesenthal stelt hem gerust: „Deze problemen zijn gangbare problemen.” Zestig procent van de grootschalige ict-projecten faalt, weet hij. Een van de deelnemers aan het TNO-project, een huisarts in het publiek, preciseert dat hij het niet handig vond dat er twee projectteams waren die de pilot trokken.

Wiesenthal werkt voor Kaiser Permanente, de grootste non-profit zorgaanbieder in de Verenigde Staten. Hij is daar al twintig jaar verantwoordelijk voor de ontwikkeling van

verschillende informatiesystemen binnen de Federation for Clinical Information Support.

Wiesenthal zegt: „Ik hoor op dit symposium veel verhalen over de ontwikkeling van geschikte software. Maar dat is niet je grootste zorg. Het is ook niet de grootste kostenpost als je ict in de gezondheidszorg wilt implementeren. Driekwart van de kosten betreft het trainen van de gebruikers; het managen van de veranderingen die zij moeten doormaken.”

Halligan laat zijn publiek huiveren als hij schetst wat er allemaal mis is gegaan in het automatiseringsproject van de NHS, ‘het grootste ict-project op deze planeet’ volgens hem. Miljarden zijn erin gestoken. „Dat klinkt prachtig, behalve als het fout gaat natuurlijk.”

Hij zag vrachtwagens vol geavanceerde apparatuur (Computers ‘R us stond erop) naar de ziekenhuizen rijden, waar de computers vervolgens in de opslag belandden. De mensen in de zorg die ermee moesten gaan werken waren te druk met andere dingen, ze gaven geen prioriteit aan het ict-project. Er was domweg te weinig geïnvesteerd in hun betrokkenheid, analyseert hij. „Ze hadden het gevoel dat hen iets werd opgelegd.”

Dat komt Andrew Wiesenthal bekend voor. „Als je mensen voornamelijk van hun werk houdt met je ict-plannen, gaan ze zich ertegen verzetten”, zegt hij. Schets daarom waar

je naar toe wilt, adviseert Halligan: zet een aansprekende, aantrekkelijke visie neer. Hij krijgt de lachers op zijn hand wanneer hij oppert dat Martin Luther King heel wat minder effect had gesorteerd wanneer hij in plaats van ‘I have a dream’ had gezegd: ‘I have a strategic plan’.

Wiesenthal vraagt retorisch aan de zaal: „Weten jullie waar je heen wilt? Hoe moet de Nederlandse gezondheidszorg er in 2015 uitzien?” Verbetering van de zorg, zegt hij: dat is toch het uiteindelijke doel van automatisering? En het is hard nodig ook, met al die medische fouten en de communicatieproblemen in de sector. „Zorg daarom dat dit doel heel duidelijk voorop staat. Wat wil je voor verbeteringen bereiken, en welke software, welke middelen heb je daarvoor nodig?” Pas als die vraag duidelijk is beantwoord, weet de Amerikaan inmiddels ook door schade en schande, kun je de handen van zorgverleners op elkaar krijgen voor automatisering.

Bertie Zwetsloot, hoogleraar aan het LUMC, zegt dat zij in dit verband bezorgd is over het tijdperk van toenemende marktwerking in de zorg. „Er moet meer afstemming en meer communicatie komen, ook om automatisering tot een succes te maken. Maar ondertussen wordt steeds meer competitie in de zorg geïntroduceerd in plaats van samenwerking.” Zij vertelt dat zij vandaag wel een belangrijke les heeft geleerd: „Onze reflex op falen moet voortaan worden: reflectie.”

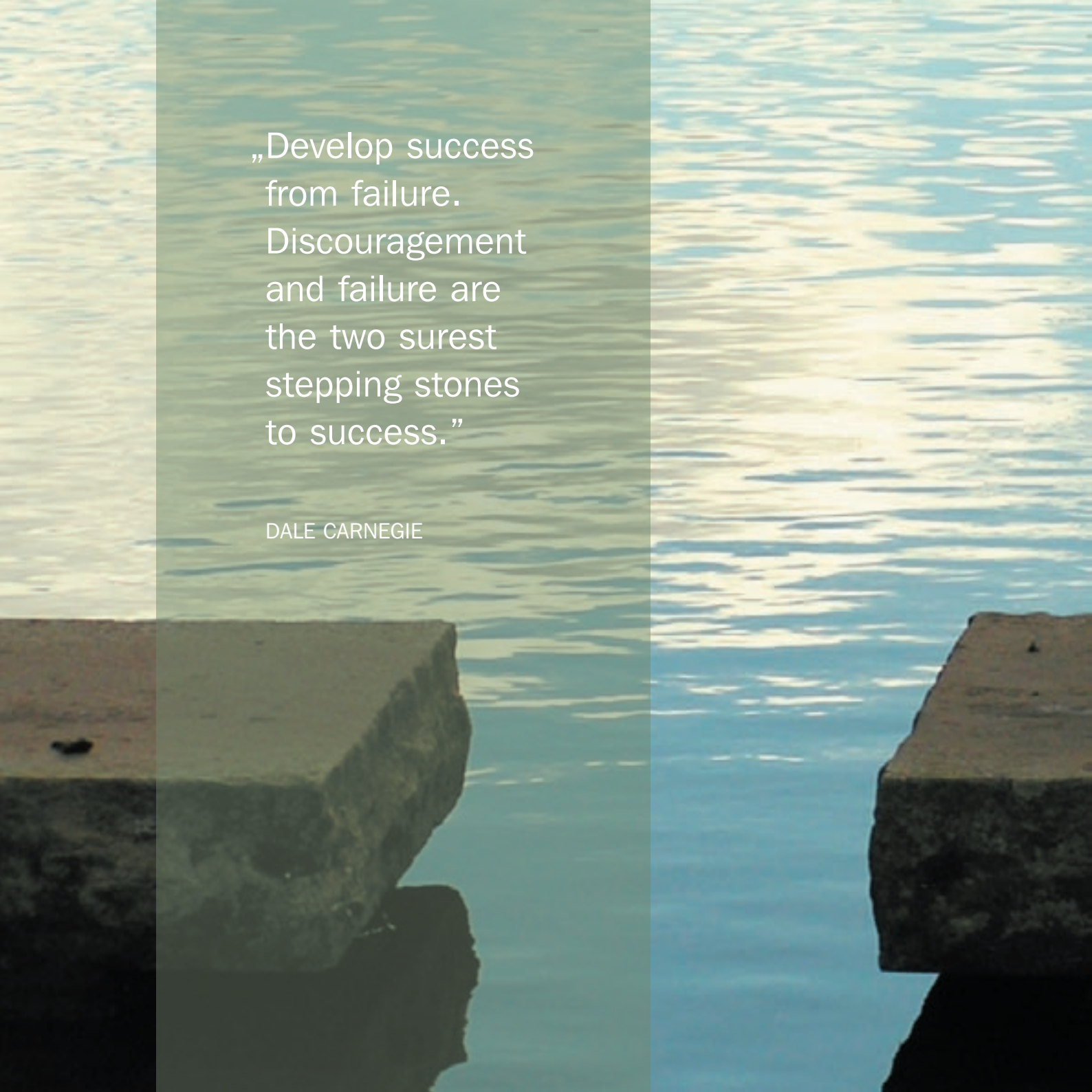
De twee buitenlandse sprekers sluiten op verzoek van Simone Buitendijk ieder af met een aantal lessen die zij zelf hebben geleerd. „Wat nodig is voor een geslaagd ict-project”, zegt Wiesenthal, „is langdurige financiële ondersteuning. Je moet bovendien goed focussen op wat je wilt veranderen, en het allerbelangrijkst is dat je het commitment hebt van de mensen in de kliniek. Zij moeten inzien dat de techniek hun werk en de zorg voor hun patiënten verbetert.”

Halligan adviseert: „Communiceer met alle betrokkenen alsof het hele programma ervan afhangt. Kies goede, lokale leiders om de projecten op de werkvloer te trekken. En zorg dat je de verwachtingen van patiënten en van zorgverleners waarmaakt.” En, zegt hij bemoedigend: „Als het maar één keer goed gaat, op één plaats, dan win je al heel veel. Just go for it.” ■

„Houd vooral rekening met de complexiteit en de dynamiek van organisaties in de gezondheidszorg”



TON VOGELS

The background image shows a calm body of water reflecting a bright, low sun, creating a shimmering path of light across the surface. In the foreground, a large, dark, rectangular stone structure, possibly a pier or breakwater, extends from the bottom edge into the water. The sky is a mix of soft blues and yellows, suggesting the time is either dawn or dusk. The overall mood is serene and contemplative.

„Develop success
from failure.
Discouragement
and failure are
the two surest
stepping stones
to success.”

DALE CARNEGIE



Interview

AIDAN HALLIGAN



„Niet de techniek maar de mensen trekken verandering”

We hebben geen keuze: ict móet in de gezondheidszorg een veel grotere rol gaan spelen, zegt Aidan Halligan. Hij vloog vanuit Engeland naar Nederland om op het TNO symposium te vertellen over zijn ervaringen met ict in de Britse gezondheidszorg. Halligan was van 2002 tot 2006 de Senior Responsible Officer voor het ambitieuze ict-programma van de National Health Service (NHS) in het Verenigd Koninkrijk.

„De wereld verandert; de verwachtingen van het publiek en van patiënten veranderen mee”, zegt Halligan. „Dat heet vooruitgang. Mensen boeken hun vliegtickets *online*. Diezelfde mensen gaan de volgende dag naar een ziekenhuis en vragen zich af waarom het twee weken duurt voor ze een onderzoek kunnen krijgen. De toekomst is hier en nu, maar ongelijk verdeeld over de sectoren. De luchtvaart digitaliseert, net als belangrijke delen van het onderwijs en de industrie. Maar de gezondheidszorg steunt nog altijd in hoge mate op traditie, op praktijkervaring, op gewoonten. De mensen die in de zorg werken, weten dat hun macht is ingebed in de oude werkwijze. In dat opzicht is ict bedreigend voor hen.”

Hij trekt de vergelijking met de komst van de telefoon. Een belangrijke vooruitgang, maar ook een ontwrichtende. Want het betekende het einde van de telegrafie – wat een grote bedrijfstak was. Vele machtige mensen die goed ver-

dienden en politieke invloed hadden, wilden niet dat telefonie de plaats in zou nemen van telegrafie. Of neem, zegt hij lachend, de auto. „Toen de auto werd geïntroduceerd, zeiden mensen: we willen dat nieuwe voertuig niet, we willen alleen een sneller paard. En denk eens aan de zadelmakers! Die schreeuwden moord en brand. Het is heel menselijk, dat verzet, die weerstand. Maar we kunnen de vooruitgang niet tegenhouden, we kunnen niet zeggen: we doen dit al vijftig jaar zo en willen het zo blijven doen.”

De ontwikkelingen gaan ontzettend snel, zegt hij: iedere 18 maanden verdubbelt de capaciteit van computers. „Ook de medische wetenschap ontwikkelt zich heel snel; er is enorm veel kennis. Dé manier om die kennis toegepast te krijgen, is met computers. Maar om dat voor elkaar te krijgen is het nodig eerst heel veel tijd te steken in communicatie, in intermenselijk contact. Je moet gevoel krijgen voor de cultuur, voordat je tot cultuurverandering kunt komen.”

Voor dat laatste is veel te weinig aandacht, analyseert hij. Dat was ook het geval in het ict-project voor de NHS waar Halligan verantwoordelijk voor was. Het leek zo mooi en prestigieus. Hij moest rechtstreeks verantwoording afleggen aan de premier, die had beloofd dat het hele systeem binnen drie jaar zou werken. „Dat was nooit eerder gedaan; het was het grootste ict-programma dat ooit op deze planeet werd opgezet.” Alleen al aan de hardware en

software was 6.5 miljard euro uitgegeven toen Halligan erin stapte. Het uiteindelijke doel was om meer efficiency en meer effectiviteit in de gezondheidszorg te bewerkstelligen, doordat een einde zou komen aan alle tijdverspilling, al het dubbele werk en alle medische fouten van nu. Door de technologie zou de veiligheid van patiënten enorm verbeterd worden. Maar Halligan is afgehaakt. „Ik ben eruit gestapt omdat ik zag dat het draagvlak voor deze majeure verandering ontbrak bij de medische staf.”

Gaandeweg, verzucht hij, werd duidelijk dat het project niet 6,5 miljard zou gaan kosten, maar 30 miljard. „Wat je moet investeren in de training van mensen is namelijk vijf keer zo veel als wat je uitgeeft aan hardware en software! Dat is inmiddels ook uit de literatuur gebleken. Daarin wordt ook beschreven dat minder dan twee procent van alle ict-projecten in de gezondheidszorg met succes wordt geïmplementeerd.”

Het NHS-project is niet succesvol, maar het is ook niet mislukt. Het is wél twee jaar achter op schema en het is een leerzame ervaring voor Halligan geweest, zegt hij. „Ik weet nu dat je moet communiceren met alle betrokkenen alsof het hele programma ervan afhangt. Dat je moet zorgen voor goed leiderschap. Niet op nationaal, maar op lokaal niveau. En dat je de verwachtingen van patiënten en professionals moet waarmaken, zelfs overtreffen.”

Om veranderingen voor elkaar te krijgen is het nodig eerst heel veel tijd te steken in communicatie, in intermenselijk contact. Je moet gevoel krijgen voor de cultuur, voordat je tot cultuurverandering kunt komen.

Om nieuwe, geïntegreerde informatiesystemen een succes te maken, weet Halligan inmiddels, is het natuurlijk nodig dat de initiatiefnemers enthousiast zijn over de nieuwe technologie. „Maar ze moeten minstens zoveel enthousiasme opbrengen voor de veranderingen in mensen, in hun gedrag, in de cultuur. Als die twee niet hand in hand gaan, werkt het niet.” Wie het wél wil laten werken, moet volgens Halligan allereerst een visie formuleren: Wat betekent de nieuwe, gedigitaliseerde werkwijze voor de dokters, de patiënten, de verpleegkundigen? Wat betekent het voor de kwaliteit, de veiligheid, efficiency en effectiviteit van de zorg? „Zet die visie op papier, want je moet weten waar je heengaat voor je op reis gaat. Dat zorgt ook voor inspiratie.”

Vervolgens, zegt hij, begint het grote communiceren. „Iedereen zal beren op de weg zien en zich bedreigd voelen door de lastige veranderingen die ze moeten doormaken. Je moet daarom face to face over het project communiceren. Ontmoet alle mensen, prikkel ze, schets je visie, leg het project uit.”

De derde stap, zegt Halligan, is een goed functionerend team opzetten en ondersteunen. „Je hebt de meest getalenteerde mensen nodig: zowel onder de technische als onder medische professionals. Zij worden de leiders die jij moet blijven inspireren. Ten vierde moet je zorgen dat het project

geen energie wegzuigt bij mensen, maar dat het ze energie geeft. Dat doe je ook door goed leiderschap. Constant moet je de betrokkenen aanmoedigen en ze helpen bij het oplossen van problemen die ze tegenkomen.”

Het valt op dat hij stuk voor stuk menselijke factoren noemt. De woorden software, hardware of techniek vallen niet eens in zijn stappenplan. Hij lacht: „Klopt, want dat is er allemaal al. Ik noem evenmin mobiele telefoons of auto's: die zijn er ook al. Gebruik het! Zorg dat mensen het kunnen gebruiken. *That's all.*”

Wat ook heel belangrijk is, zegt hij, en dat is dan zijn vijfde stap, is dat de betrokkenen in zo'n moeilijk, omvangrijk project het gevoel krijgen dat ze er vandaag al beter van worden – niet pas over drie of vijf jaar. In het NHS-programma is dat bij radiologie goed gelukt. Door de introductie van digitale röntgenfoto's ervoeren radiologen direct een enorme verbetering, en patiënten ook. „Een röntgenfoto kan nu gemaild en overal bekeken worden. Eén druk op de knop maakt vele omslachtige procedures overbodig. Dat is een *quick win* waardoor mensen heel snel ervaren: het wérkt.”

Dat het vaak niet werkt, dat ict-projecten in de zorg vaak stuklopen, wordt bijna net zo vaak stilgehouden, zegt hij. Er wordt dan veeleer doorgegaan op de oude weg; er wordt

nog meer geld voor uitgetrokken. „Ik heb eens gezegd: ‘Meer geld tegen dit project aangooien geeft ons alleen maar een vrijbrief om op de oude voet verder te gaan.’ Dat heeft me in problemen gebracht, want het werd doorverteld aan de premier. Maar het is de waarheid. Het moeilijke is dat dit soort initiatieven meestal politieke initiatieven zijn. En die mislukken nooit – dat mag althans niet toegegeven worden. Zodoende gaat veel geld verloren, maar dat is publiek geld dus dat is ‘niet erg’.”

Nee, het maakt hem niet cynisch, verzekert hij. „Maar we moeten er wel van leren. Daarom is een symposium als dit van TNO ook zo belangrijk. We moeten lessen trekken. Wanneer die worden opgeschreven, en gelezen, en bekliven, dan hebben ze op een goede dag ook invloed. Wat met het TNO-project is misgegaan, klinkt als wat er meestal misgaat. Het enige verschil is dat ze het hier niet ontkennen. Omdat dat doorgaans wel gebeurt, worden dezelfde fouten keer op keer gemaakt. Terwijl openhartige verhalen over mislukking een sterke prikkel tot verandering kunnen geven. Die verhalen leren mensen wat en zij willen niet dat het nog eens gebeurt.”

Wat van het NHS-project geleerd kan worden, aldus Halligan, is dat het uitgangspunt niet goed was. „Men dacht dat de techniek de zaak zou trekken, in plaats van de mensen. Maar het is omgekeerd: de mensen zitten achter

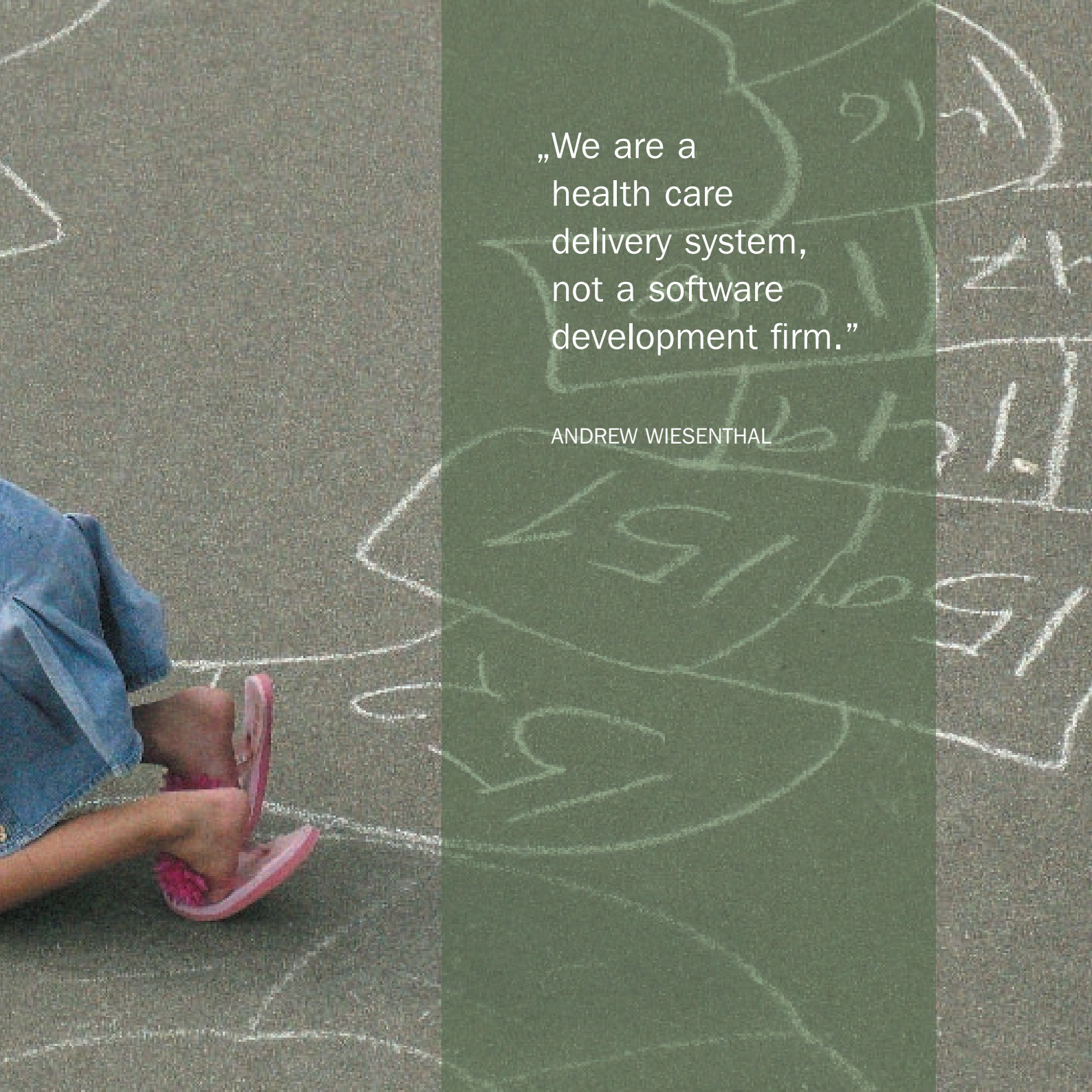
het stuur, niet de techniek. Als je eenmaal hun *commitment* hebt, kun je alles – dan kun je mensen naar Mars sturen.”

In zijn eigen bedrijf Elision, dat min of meer uit frustratie geboren is, probeert hij het zo te doen. Hij traint daar mensen die door ziekenhuizen zijn aangewezen als de potentiële leiders van ict-projecten. Ze krijgen les van acteurs, ze worden gevraagd hoe ze over hun kwaliteiten denken, wat hun grootste angsten zijn, hoe ze problemen oplossen – en daarna krijgen ze een coach om ze te begeleiden in de dagelijkse praktijk. Het lijkt een lange, omslachtige weg maar zijn regering die het ‘snel’ wilde doen, moet daar nu voor bloeden en véél betalen.

„Ik ben ervan overtuigd dat onze weg beter, korter en goedkoper is”, zegt Halligan. „Als je mensen kunt aansturen, dan kun je ook oogsten wat zij aan potentieel hebben. Ict is verontrustend, het gooit de gewoonten van mensen door elkaar, het maakt ze bang. Het enige wat je moet doen is mensen leren die dreiging te hanteren en kansen te grijpen. Je moet niet denken dat je mensen kunt veranderen, maar je kunt ze wel helpen te kiezen voor verandering.” ■

Je hebt de meest getalenteerde mensen nodig: zowel onder de technische als onder medische professionals. Zij worden de leiders die jij moet blijven inspireren. Je moet zorgen dat het project geen energie wegzuigt bij mensen, maar dat het ze energie geeft. Dat doe je ook door goed leiderschap. Constant moet je de betrokkenen aanmoedigen en ze helpen bij het oplossen van problemen die ze tegenkomen.



A child's legs and feet are visible in the bottom left corner, wearing pink shoes. The background is a chalkboard with faint, hand-drawn chalk lines and numbers, including '15' and '21'. A dark green vertical band runs down the right side of the image, containing white text.

„We are a
health care
delivery system,
not a software
development firm.”

ANDREW WIESENTHAL

Interview

ANDREW WIESENTHAL



„De dokters zullen uiteindelijk smeken om jouw nieuwe technologie”

Neem een organisatie als het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), zegt Andrew Wiesenthal. Als hij dat hele ziekenhuis mét al het personeel nu onder zijn hoede zou krijgen; als ze daar een minimaal netwerk hebben met wat hardware waardoor niet alles vanaf nul hoeft te worden opgebouwd, dan kan Wiesenthal garanderen dat hij binnen negen maanden het complete LUMC heeft geautomatiseerd, zegt hij zelfbewust. Om er meteen aan toe te voegen dat dit vijftien jaar geleden wel anders was, en dat hij toen alle fouten met ict-projecten heeft gemaakt die hij maar kon maken.

De Amerikaan Andrew Wiesenthal, van origine kinderarts, is met recht een expert op het gebied van ict in de gezondheidszorg. Sinds twintig jaar houdt hij zich hiermee bezig. Hij werkt voor Kaiser Permanente, de grootste non-profit zorgaanbieder in de Verenigde Staten, en is daar verantwoordelijk voor de ontwikkeling van verschillende informatiesystemen binnen de Federation for Clinical Information Support. Wiesenthal sprak op het TNO symposium over zijn vele ervaringen met ict: de mislukkingen en de successen.

Wat heeft goede, geavanceerde ict een ziekenhuis als het LUMC te bieden? Hij geeft slechts een paar voorbeelden. „De medische professionals zouden elkaars werk niet langer voortdurend hoeven overdoen. Als je ooit patiënt bent geweest in een ziekenhuis, dan weet je hoe vaak je je moet registreren. Ze vragen bij binnenkomst naar je naam,

je leeftijd, je adres. Je gaat naar de wachtkamer, er komt een verpleegkundige, die vraagt naar je naam, je leeftijd, je allergieën, de klachten waar je voor komt. In de spreekkamer word je weer gevraagd naar je naam, je allergieën, de medicijnen die je gebruikt, de aandoening waarvoor je hulp zoekt. In een goed, elektronisch dossier wordt dit één keer genoteerd; iedereen met wie je daarna te maken krijgt, kan het daarin nalezen.”

Wiesenthal schetst vervolgens, haast ongelovig, wat er allemaal moet gebeuren voordat een dokter in een ziekenhuis een medicijn heeft voorgeschreven aan een patiënt – zonder een goed geautomatiseerd systeem. Alle stappen en schijven die daartussen zitten, de onleesbare handschriften, receptjes die zoekraken, dossiers die onvindbaar of incompleet zijn, de vele betrokken verpleegkundigen, apothekersassistenten. Met alle bijbehorende momenten dat er iets mis kan gaan. „Het feit dat het niet nóg vaker misgaat, is een absoluut wonder”, zegt hij met een lachje. Dan, ernstig: „De situatie zoals die nu in de Amerikaanse gezondheidszorg bestaat, kan niet langer getolereerd worden. De zorg is niet veilig genoeg en de meeste dokters en verpleegkundigen hebben geen systeem dat hen in staat stelt de laatste inzichten en de nieuwste *evidence* toe te passen in hun werk.”

Met een goed ict-systeem kan dit wel: nieuwe behandelwijzen kunnen daarin worden ingevoerd. Het systeem zal een

waarschuwing geven bij die patiënten die in aanmerking komen voor de behandeling, waarvan vervolgens een compleet protocol kan worden gedownload. Dit soort ‘*decision support*’ is een grote verworvenheid voor dokters.

Maar ook patiënten ondervinden veel profijt van automatisering: die kan enorm bijdragen aan hun *empowerment*. Dit punt vindt Wiesenthal nog belangrijker. „Ict geeft patiënten veel meer controle en zeggenschap over de zorg voor hun gezondheid. We kunnen patiënten bijvoorbeeld langs een beveiligde internetverbinding inzage geven in hun dossier, en hen thuis alle informatie en ondersteuning geven die ze willen. Neem een vrouw van boven de vijftig, die aanloopt op het systeem om haar dossier te raadplegen. Er kan dan automatisch gecheckt worden of zij de afgelopen twee jaar een mammografie heeft gehad. Zo niet, dan kan ze daaraan herinnerd worden. Er kan op die pagina ook een link aangebracht worden: als ze daarop klikt, kan deze mevrouw direct een afspraak voor een borstfoto maken. Dit is allemaal al mogelijk in systemen van Kaiser.”

Maar hoe krijg je de mensen op de werkvloer zo ver dat ze de veranderingen accepteren die ict met zich meebrengt? Hoe ga je om met de weerstand die zij vaak zullen hebben? „Ik vind het wat misleidend om te spreken over het ‘verzet’ dat dokters zouden voelen tegen nieuwe technologie. Zodra je een chirurg vertelt dat je een nieuw instrumentje hebt waarmee

Als je een vergadering observeert, zie je altijd een of twee mensen die het voortouw nemen. Ze hebben niet de titel van leider, president of chef, maar de anderen luisteren naar hen, zij hebben invloed

hij zijn werk sneller en beter kan doen, wil hij dat toepassen. Artsen en verpleegkundigen hebben geen weerstand tegen nieuwe techniek; daar krijgen ze zo vaak mee te maken. Ze hebben alleen geen trek in technologie waarvan ze niet direct de meerwaarde zien. De oplossing is dus simpel: geef ze alleen iets dat hun werk zichtbaar beter laat verlopen. En betrek hen ook bij de vormgeving van de software.”

Wiesenthal heeft geleerd dat het niet werkt om een it’er te laten zeggen: dokters en verpleegkundigen, ik heb hier iets geweldigs, vertrouw mij maar, we stoppen het in uw computer en *you’ll love it*. „Wat wel werkt is vragen: zou u een systeem willen dat u ondersteunt in uw werk? Ze zullen allemaal ja zeggen, maar een beetje sceptisch zijn. Om dat weg te nemen dient de volgende vraag: wilt u mij helpen om het programma toepasbaar te maken; om dátgene te installeren dat in uw vak het belangrijkste is? Breng bijvoorbeeld een stel kinderartsen bij elkaar, laat ze vertellen wat ze willen van zo’n systeem, zorg dat de software dit ook echt biedt en ze zullen uiteindelijk smeken om ermee te mogen werken. Want zelfs als ze niet persoonlijk hebben meegedacht, dan hebben collega’s die ze vertrouwen dat wel gedaan.”

Nog een belangrijke les die Wiesenthal heeft geleerd: ga niet zelf software ontwerpen. Dat is duur, dat is niet jouw specialisme, dus schaf iets fatsoenlijks aan en besteed daarna wel veel tijd, mét de toekomstige gebruikers, aan

het invullen en verfijnen van de mogelijkheden. „Verwacht daar echter geen wonderen van”, zegt hij. „Vaak denken mensen dat nieuwe software al hun problemen zal oplossen en willen ze honderdduizend functies invoeren. Maar dan wordt de scope veel te breed, dan groeit het project mensen boven het hoofd.”

Ook bij de installatie laat je geen technout uitrukken die de toepassingen demonstreert, doceert Wiesenthal. „Je vraagt een collega-dokter om te laten zien hoe hij met het nieuwe systeem werkt, hoe hij informatie over vaccineren opzoekt en groeicurves verwerkt. Dát wil een kinderarts weten, en dat zal hem overtuigen.”

Het heeft jaren gekost voordat deze strategie was ontwikkeld door Wiesenthal en zijn collega’s, bekent hij. Vanaf 1987 is hij bezig met automatisering in de gezondheidszorg. Pas tien jaar later begonnen de projecten van Kaiser succesvol te worden. Met vallen en opstaan, na veel fouten en veel kosten is de huidige werkwijze ontwikkeld, die je een vorm van ‘verandermanagement’ zou kunnen noemen. „Maar die fouten hoeven nu niet meer gemaakt te worden. Ik geloof niet dat dokters of verpleegkundigen of apothekers over de hele wereld zo verschillen dat overal nieuwe manieren moeten worden bedacht om hen mee te krijgen.” De strategie lijkt gebaseerd op een *bottom up* principe maar dat is, zegt Wiesenthal, te simpel gesteld. „Het werkt óók

top down. Iemand moet gewoon beslissen dat de organisatie een nieuw systeem krijgt. Daar kunnen niet alle werknemers over mee discussiëren of stemmen. Maar als het besluit is genomen en iedereen het móet gaan gebruiken, is het wel heel belangrijk dat de leiders van het project goed uitleggen waar het naartoe gaat, en inventariseren wat ieders verwachtingen zijn.” Hij lacht, en trekt een typische kinderarts-vergelijking: „Als je wilt dat je tweejarige kind naar bed gaat, dan vraag je niet: wil je naar bed? Natuurlijk zegt het kind dan nee. Je kondigt aan: we gaan nu naar bed, wil je een liedje of een verhaaltje voor het slapengaan? Oftewel: we gaan een nieuw elektronisch systeem opzetten, hoe zou u willen dat dat eruit ziet?”

Vooruit denken is belangrijk bij succesvol automatiseren, zegt hij. „Je wilt niet iets ontwerpen wat je vandaag goed kunt gebruiken, want wat we vandaag doen is niet best. Uit onderzoek weten we dat patiënten in Amerika in slechts vijftig procent van de gevallen de juiste behandeling krijgen. We willen een systeem dat ervoor zorgt dat ze die in honderd procent van de gevallen krijgen, zodat we de puinhoop die de gezondheidszorg nu is achter ons kunnen laten.”

Mooi, die visionaire leiders die schetsen waar het heen moet met de zorg, maar in Nederland hebben mensen vaak moeite om leiderschap te accepteren. Heeft hij adviezen? „In iedere cultuur zijn er leiders”, zegt Wiesenthal beslist.

„Als je een vergadering observeert, zie je altijd een of twee mensen die het voortouw nemen. Ze hebben misschien niet de titel van leider, president of chef, maar de anderen luisteren naar hen, zij hebben invloed. Deze mensen moet je eruit pikken, en dat is een vaardigheid die iedereen kan leren. Daarna moet je hen zien te interesseren voor jouw ict project. Je vraagt: wat denkt u dat wij kunnen doen om uw werk efficiënter en effectiever te maken? Je geeft hen een rol in het verwezenlijken van jouw visie. En dat is niet een trucje, je hebt die professionele input ook echt nodig.”

Dat deze werkwijze erg tijdrovend is, ontkent hij met klem. „Kijk naar dit TNO project: het heeft jaren geduurd, veel geld gekost, en het heeft niets opgeleverd. Aan het begin twee maanden, of hoe lang er ook nodig is, uittrekken om alle betrokkenen mee te krijgen: dat betaalt zich altijd terug. Sterker nog: het is de enige weg.”

Hoeveel tijd in totaal moet worden uitgetrokken voor succesvolle implementatie van ict in de zorg, valt niet precies te zeggen, volgens Wiesenthal. „Dat hangt af van wat er al is geautomatiseerd, wat je wilt bereiken, hoe grootschalig het project is. Veel belangrijker is dat je planning heel gedetailleerd moet zijn. Die planning moet ertoe leiden dat je je doelen op de afgesproken momenten haalt. Soms zul je je gaandeweg realiseren dat het tijdspad niet realistisch is. Dan kun je twee dingen doen. Zeggen: sorry, het gaat langer

duren dan we dachten. Dat kun je je één, misschien twee keer permitteren – maar daarna niet meer. Beter is om enkele doelen te laten vallen. Om te focussen op het minimaal noodzakelijke, en zo toch je planning te halen. Dat is nodig om de betrokkenheid van de mensen te behouden, anders worden zij cynisch en gaat het momentum voorbij. En dan zijn je kansen op een succesvol project echt verkeken.” ■

Bij installatie laat je geen techneut uitrukken die de toepassingen demonstreert. Je vraagt een collega-dokter om te laten zien hoe hij met het nieuwe systeem werkt, hoe hij informatie over vaccineren opzoekt en groeicurves verwerkt. Dát wil een kinder-arts weten, en dat zal hem overtuigen.

„We have learnt
that throwing
more money at the
problem only allows
us to do more
of what we have
always done.”

AIDAN HALLIGAN





Colofon

Tekst en redactie:

Eveline Brandt

Tekst essay:

Simone Buitendijk en Ton Vogels

Met dank aan de geïnterviewden:

Aidan Halligan en Andrew Wiesenthal

Ontwerp:

CoeK Design

Fotografie:

Felix Kalkman (p. 17, 21, 25, 28 en 36),
aanvullende fotografie van iStockphoto

Druk:

Drukkerij Koninklijke De Swart

ISBN:

© TNO 2007

TNO Kwaliteit van Leven

Postbus 2215

2301 CE Leiden

T 071 518 1818

Info-zorg@tno.nl

www.tno.nl/zorg

We kunnen er niet omheen: de gezondheidszorg van de 21^e eeuw kan niet verder zonder ict. We willen allemaal dat de patiënt centraal komt te staan, we willen dat de zorg evidence based is, we moeten meer samenwerken in ketens van zorg en dus meer communiceren. Moderne software en hardware; goede geautomatiseerde processen zijn daarbij onontbeerlijk. Maar tussen droom en daad staan wetten in de weg, en praktische bezwaren. In deze publicatie wordt openhartig gesproken over ict-projecten in de zorg van TNO, de Engelse National Health Service(NHS) en Kaiser Permanente, de grootste zorgaanbieder van de Verenigde Staten. Wat ging goed en welke lessen zijn te leren uit de fouten die zijn gemaakt? Door kennis en ervaringen te delen, komt een goed geautomatiseerde gezondheidszorg een stapje dichterbij.

