

Meer rendement uit grote ict-investeringen

Ict-investeringen in ziekenhuizen nemen in omvang en aantal toe. Er wordt daarom **kritisch** gekeken naar het rendement. Waardoor blijven de baten achter bij de oorspronkelijke **verwachtingen** en hoe kan dat beter?

AUTEURS JAN HOUBEN EN VÉRONIQUE KRUIZE FOTO YOZAYO/GETTY IMAGES/ISTOCK

Bij ict-investeringen in ziekenhuizen gaat het om forse bedragen. Een nieuw epd/zis kost al snel tussen de 15 en 40 miljoen gespreid over 10 jaar. Een ruime bandbreedte die onder meer wordt bepaald door de omvang van een ziekenhuis. Ook andere factoren spelen een rol, zoals de keuze van het epd, de technologische paraatheid om het nieuwe epd in gebruik te nemen en de beslissing interne uren voor het epd-programma mee te nemen in de business case of niet. Naast een epd/zis worden in een ziekenhuis al snel zo'n 300 applicaties gebruikt. Het rendement van

al deze software-oplossingen valt in de praktijk tegen. De kosten om de applicaties in gebruik te nemen, zijn vaak hoger dan verwacht. Bovendien kost het veel inspanning om systemen door te ontwikkelen en

eindgebruikers registreren in de regel minder informatie dan beoogd was. *Data driven healthcare* staat dan ook nog in de kinderschoenen. Zulke grote investeringen in ict vragen om een hoger rendement.

Eenvoudige zorgvragen worden tegenwoordig opgevangen door de huisarts of gespecialiseerde zbc's. In het ziekenhuis komen vooral patiënten met een complexe zorgvraag. Er zijn al ziekenhuizen bezig betere zorg te leveren door minder te doen. Dit betekent ook minder omzet waarmee de vraag om meer rendement uit de ict-systemen te halen alleen maar groter wordt.

Oorzaken

In de praktijk blijkt het lastig de vooraf

bedachte strategie volledig te verwezenlijken in ziekenhuisorganisaties, die mede door de karakteristieken van de professionele organisatie en de bijbehorende cultuur niet gericht zijn op snel veranderen en beter

gebruik van ict-systemen en daarmee ict-investeringen. Dit is te wijten aan (een combinatie van) verschillende oorzaken.

1. Inzicht voor optimale inzet ontbreekt aan het begin van de implementatie. Leveranciers worden volwassen en leveren meer standaardpakketten met standaardfunctionaliteiten. Ze hebben ook meer ervaring met de implementatie van dergelijke pakketten. Zij weten op welke vragen zij antwoord nodig hebben en zijn hiermee in staat de doorlooptijd van de implementatie te verlagen en meer te leveren in minder tijd. Klanten vragen van de leveranciers ook dat zij meer doen in minder tijd. Zowel de klant als de leverancier gaat ervan uit dat de implementatie van een dergelijk pakket binnen no-time gerealiseerd kan worden. De crux zit in het feit dat de standaardfunctionaliteiten een hoge mate van vrijheid voor de inrichting en het gebruik ervan kennen. Een systeem blijft een middel dat op veel verschillende manieren ingezet kan worden. De benodigde inzichten voor de optimale inzet ontbreken aan het begin van de implementatie. Pas tijdens de implementatie komt het denkproces op gang

DOOR DE VERANDERENDE ROL VAN DE PATIËNT GAAN DE SYSTEMEN VAN EEN ZIEKENHUIS HEEL ANDERS GEBRUIKT WORDEN



OORZAKEN VAN TEGENVALLEND RENDEMENT ICT-INVESTERINGEN

1. Inzicht voor optimale inzet ontbreekt aan begin implementatie.
2. Harde deadlines versus de 'Wet van verlies van ambitie'.
3. Geen actieve sturing op realisatie van baten.
4. Visie op doorontwikkeling van het systeem in het primaire proces en betrokkenheid van de patiënt ontbreekt.
5. Leider of leidende coalitie valt weg.

en wordt informatie opgehaald, maar dan is het eigenlijk al te laat. De leveranciers stellen dus de juiste vragen maar het ziekenhuis kan (nog) niet de juiste antwoorden geven of de juiste wedervragen stellen. Het ziekenhuis is in feite geen gelijkwaardige gesprekspartner voor de leverancier en de implementatie 'overkomt' hen. Voor de leverancier telt in eerste instantie een geïmplementeerd systeem en niet een uitgenut systeem. Goed uitnutten van het systeem wordt naar een volgende fase doorgeschoven.

2. Omvangrijke ict-trajecten kennen harde deadlines. De planning is strak omdat het traject grote impact heeft op de inzet van mensen, tijd en middelen op specifieke momenten. Dit geldt zowel voor het ziekenhuis als de leverancier. Dat betekent dat de implementatiedatum van een systeem vaststaat. Om te zorgen dat de hoeveelheid veranderingen en werk behapbaar blijft, worden op het moment dat de implementatiedatum wordt vastgesteld al keuzes gemaakt en de scope bepaald van wat dan live gaat. Dit is bijna altijd minder dan wat mogelijk is en van tevoren bedacht is.

Onvoldoende oog voor verandermanagement en de impact van een dergelijk traject scheppen de 'ideale' condities voor de inwerkingtreding van de 'Wet van verlies van ambitie'. De deadline staat vast maar gedurende het traject valt de realisatie toch tegen. Het vraagstuk is complexer dan gedacht; er moeten meer vragen worden beantwoord. Het gaat niet om de implementatie van een nieuw systeem. Het gaat om de realisatie van een doel voor het ziekenhuis en verandering van de huidige werkwijze. Ict-systemen kennen beperkingen maar ook veel meer mogelijkheden dan van tevoren gedacht. Hierdoor kunnen werkwijzen en organisatievormen er echt anders uit komen te zien. Het vereist tijd om het nodige denk- en uitzoekwerk te doen en veranderkracht te mobiliseren naast de tijd om het systeem in te regelen. Maar met de keiharde implementatiedatum en de limiet voor inzet van mensen en middelen in zicht kan hiervoor alleen nog ruimte gecreëerd door de scope te veranderen. Primair gaat de aandacht dan naar het 'live' krijgen van het systeem.

3. Het is nog geen gewoonte om bij dergelijke trajecten meteen batenmanagement in te richten. Er kunnen twee sets van baten onderscheiden worden. De eerste set wordt 'vanzelf' gerealiseerd met het live gaan van een nieuw systeem. De tweede set dient actief te worden opgehaald, direct bij livegang of later. De moeilijkheid is dat het realiseren van deze baten niet volledig binnen de scope en aansturing van het project ligt. Ze worden pas geruime tijd na de implementatie gerealiseerd en dan is de programmastructuur al ontmanteld. Om de implementatie eenvoudiger te kunnen realiseren, worden soms heel andere keuzes gemaakt dan nodig zijn om de baten te realiseren. Is er geen oog voor dit spanningsveld dan zal de implementatie altijd voorgaan op batenrealisatie. Bovendien is waarschijnlijk door de 'Wet van verlies van ambitie' de scope kleiner geworden en hiermee ook de set van baten die gerealiseerd wordt.
4. Gebrek aan perspectief op de doorontwikkeling van ict in het primaire proces en de verandering die dat teweegbrengt. In *The Patient will see you now* betoogt Eric Topol dat de patiënt 'the most un-

> used resource in healthcare' is. Als de patiënt echt gaat meebeslissen, heeft dat aanzienlijke gevolgen voor de organisatie en werking van ziekenhuizen, inclusief de personele organisatie. Het perspectief van positieve gezondheid dat door de Federatie Medisch Specialisten omarmd is, gaat een vergelijkbare impact hebben. De veranderende rol van de patiënt die toegang wil tot zijn eigen informatie of informatie wil delen met diverse zorgverleners, houdt in dat de systemen van een ziekenhuis heel anders gebruikt gaan worden. In recente implementaties is hier onvoldoende rekening mee gehouden.

5. Ict-trajecten kunnen meerdere jaren duren zodat het niet ongewoon is dat de leider of leidende coalitie gedurende het traject vertrekt. Dit betekent bijna altijd een koersverandering, een verandering in doelen en aanpak. Er moet een nieuwe leider opstaan, deze moet zich inwerken in het onderwerp en zijn rol. Voor leider en projectgroep gaat veel energie zitten in het opnieuw vinden van elkaar; energie die op dat moment niet gebruikt wordt voor de implementatie. Het is dan ook van belang de koers zo stabiel mogelijk te houden.

Belemmerende factoren

Het vereist commitment van een of meer lijnafdelingen om de verandering en de bijbehorende baten te realiseren. Zij moeten de veranderingen incorporeren in de dagelijkse werkzaamheden van de organisatie en andere vormen van organiseren neerzetten. Gelukkig is de veranderbereidheid binnen ziekenhuizen de laatste tien jaar enorm toegenomen. Toch zijn er nog belemmerende factoren:

1. De autonomie van de professional blijft hoog.
2. De urgentie van de dagelijkse zorgverlening en korte termijn prevaleren.

3. Het is lang niet altijd helder in hoeverre het organisatiebelang wordt gediend en in hoeverre persoonlijk belang meespeelt.
4. De zelfstandigheid van afdelingen is in de afgelopen jaren vergroot uit oogpunt van (kosten)efficiency en resultaatgerichtheid. De zelfstandigheid van een afdeling, dienst of bedrijfseenheid maakt het lastig om overstijgende vraagstukken goed op te pakken.

Drie maatregelen

De vraag is dus: hoe operationaliseer je de aanwezige veranderbereidheid en hou je het gemeenschappelijke doel scherp tijdens omvangrijke ict-trajecten? Daarvoor zijn drie maatregelen van belang:

1. Doel en benodigde werkwijze bewaken. Het is verstandig om in de fasering van grote ict-trajecten voor de implementatie een tussenfase van voorbereiden in

te bouwen. In deze fase kan het ziekenhuis doelen en ambities verder concretiseren. Het gaat erom in beeld te krijgen wat de huidige werkwijze is en na te denken welke opschaling nodig is voor de organisatie van de implementatiefase. De betrokken medewerkers worden

voorbereid op wat van hen verwacht wordt. Zo komt het ziekenhuis als een beter voorbereide gesprekspartner aan de start van de implementatie en kan sneller met de leverancier schakelen over inhoudelijke onderwerpen en hoe de nieuwe werkwijze ondersteund wordt door mogelijkheden in de systeeminrichting. Hiermee krijgt de 'Wet van verlies van ambitie' minder kans. Doordat nog voor implementatie de nodige opschaling van de leidende coalitie voor elke fase in kaart is gebracht, is het traject minder afhankelijk van enkele individuen en is de basis voor koersvastheid beter.

Is het systeem al geïmplementeerd, maar niet naar tevredenheid, dan is het te overwegen een goede procesanalyse te

maken en zo nodig de inrichting van het systeem aan te passen en/of door te ontwikkelen. Dat is nu juist de meerwaarde van de inrichtingsvrijheid van de huidige systemen.

2. Procesmanagement over afdelingen heen inrichten. Afdelingen organiseren het proces binnen hun afdeling meestal uitstekend. Over afdelingen heen laat de procesorganisatie echter nog vaak te wensen over. Het is daarom zaak proceseigenaren aan te stellen die verantwoordelijk zijn voor processen over afdelingen heen. Zij bieden tegenwicht aan afdelingsbelangen en brengen de optimalisatie van processen over de afdelingen heen op gang. Procesvernieuwing krijgt hiermee een heel nieuwe impuls. Verschillende ziekenhuizen zijn al aan het experimenteren met deze nieuwe vorm van matrixbesturing.
3. Batenmanagement inrichten. Het doel van het ict-traject omvat meer dan de implementatie van een nieuw systeem en andere werkwijze. Om de baten van het traject te realiseren, moet hiervoor actief management ingericht worden. Hierdoor wordt het ook eenvoudiger te sturen op andere organisatievormen en feitelijk gedrag bij implementatie en erna. Dit kan door een batenmanager aan te stellen onder regie van de stuurgroep die ook de implementatie aanstuurt. De batenmanager kan zijn eigen team en het soms benodigde tegenwicht organiseren. De stuurgroep kan dan de belangen van implementatie en batenrealisatie afwegen en keuzes maken die de totale organisatie en haar doelstelling ten goede komen.

Niet eenvoudig

Door vast te houden aan de oorspronkelijk bedachte doelen en organisatieveranderingen is het mogelijk meer rendement te halen uit kostbare ict-implementaties. Eenvoudig is het niet en het kan ook op microniveau in organisaties aanpassingen vragen. Het is daarom ook een kwestie van de aanwezige veranderbereidheid operationaliseren en daarmee mede een cultuurvraagstuk. ■

Jan Houben is partner en Véronique Kruijze is senior adviseur bij M&I/Partners.