

Wat moet toezichthouder met EPD?

In deze column wil ik vanuit het perspectief van de Raad van Toezicht ICT- of innovatie-gerelateerde onderwerpen bespreken. Hierbij zal ik putten uit mijn bijna twintig jaar ervaring als toezichthouder bij veel zorgorganisaties. Mijn motto is dat naast 'patient included' ook 'bestuurder included' van essentieel belang is voor het welslagen van ICT en innovatie. Als er op dit niveau geen support – laat staan bezieling - is, gaat het niet vliegen.

De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur zitten weer rond de vergadertafel. De agenda is al voor een groot deel afgewerkt als het project 'Nieuw EPD' binnen de algemene notitie 'Bestuurlijke update van de RvB' als klein onderdeelje op pop. Ik vraag me echt af of we hier kunnen volstaan met het kennis nemen van vier regels voor dit lopende project? De vraag stellen is hem beantwoorden, dus ik zwengel de discussie aan.

In de hierop volgende discussie aan tafel komen voorbeelden van ontwrichtende implementaties van ondernemingsbrede ICT-implementaties aan bod. Voorheen vooral in het bedrijfsleven maar tegenwoordig ook in de gezondheidszorg. Eén collega memoreert de problemen die boven kwamen bij de implementatie van een nieuw EPD in haar ziekenhuis. Uiteindelijk heeft het vele maanden geduurd voordat de invoering positief werd beoordeeld. Zowel aan de polikliniek-kant als het beddenhuis was eerst sprake van een dramatische teruggang in productie die tot negatieve financiële resultaten leidde.

Nadat de problemen waren opgelost werden de voordelen werden gezien maar vooral ook geïncasseerd. Nu was bijna iedereen tevreden. Patiënten stonden centraal in de processen, er was een beter gestroomlijnd werkproces, een verbeterde medicatieveiligheid, beter inzicht in doorlooptijden tot op doktersniveau, patiënten die via het portal toegang hadden tot hun patiëntendossier, etc. Maar er bleek dus de nodige hoeveelheid water door de Rijn te moeten stromen voor we hier waren beland.

Onderwerp voor bespreking in RvT

Iedereen om tafel is het er over eens dat dit onderwerp van essentieel belang is en absoluut een onderwerp voor bespreking in de volledige Raad van Toezicht. De risico's én de kansen kunnen enorm zijn en van essentieel belang voor de organisatie. Het is voor een ieder nu wel duidelijk dat dit een majeur project met een grote impact op de organisatie en de patiënt is. Met als

bonus een substantieel afbreukrisico. De conclusie is dan ook dat dit uitgebreider geagendeerd moet worden.

Om een en ander goed voor te bereiden wordt besloten dat een delegatie van de Raad van Toezicht met de Raad van Bestuur en de projectleider een voorbereidende sessie zullen hebben om de onderwerpen te bepalen, evenals hoe dit het beste in de eerstkomende vergadering kan worden besproken.

Vorbereiding verdiepende bespreking

Ik wil als voorbereiding de volgende vragen/punten mee geven voor de verdiepende bespreking, ook in het algemeen een eerste opstap voor een adequate bespreking of presentatie in de RvT:

- Update/overview project: hoe is het project ingericht en waar staan we nu?
- Gehanteerde uitgangspunten/ aansluiting op strategie: hoe is terug te zien dat dit project de strategie ondersteunt?.
- Gebruikersparticipatie: waar en hoe is invloed van zowel patiënten als professionals zichtbaar?
- Impact op bedrijfsprocessen: hoe zie ik terug dat dit geen ICT-maar een organisatie veranderingsproces is?
- Beslismomenten/milestones: wat zijn belangrijkste beslismomenten in project en waar komt de RvT aan bod?
- Financiële impact: wat zijn integrale investeringen, maar ook op de lange termijn, wat is de invloed op de TCO voor de komende jaren?
- Risicoparagraaf van het project: welke risico's zijn er onderkend en hoe worden deze gemitigeerd? ■



Henk van der Stelt is professioneel toezichthouder in de zorg met de portefeuilles financiën en ICT.



Hoeveel moet dat kosten?

“Hoeveel moet dat kosten?” hoor ik naast mij. Het haalt mij meteen uit mijn mijmering over de Raad van Toezicht-vergadering gistermiddag. Voor de drukke kraam op 't Hof in Amersfoort is het een geroezemoes van jewelste. De man herhaalt: “Hoeveel moet dat kosten?” De bloemenverkoper op de markt zegt dat belangrijker is wat het doet met zijn vrouw als hij die mooie bos bloemen geeft.

Ik glimlach en bedenk me dat dat antwoord gisteren in andere bewoordingen eveneens aan bod kwam. Alleen had ik gisteren bepaald niet in de indruk dat uw ‘gulden een daalder waard’ was toen we de investeringsbegroting bespraken en inzoomden op de kosten van ICT.

Applicatielandschap als geprakte spaghetti

Onwillekeurig denk ik ook terug aan een werkbezoek ruim tien jaar terug in een ziekenhuis, waarbij de verantwoordelijk ICT-manager trots vertelde hoe weinig er werd uitgegeven aan automatisering. Dat was ook te merken. Verpleegsters en assistenten van artsen moesten meerdere inlogschermen langs om zaken vast te leggen of te raadplegen. Systemen lagen er om de haverklap uit, managementinformatie werd extracomptabel bij elkaar gefietst. Het applicatielandschap had alle kenmerken van een geprakt spaghetti-bord, waardoor alle energie ging zitten in het in de lucht houden. Er was geen capaciteit voor vernieuwing.

Ogenschijnlijk lage kosten, terwijl de realiteit was dat door de ingebakken inefficiëntie en de gebrekkige ICT-ondersteuning de operationele kosten veel te hoog waren. Laat staan dat de vraag aan de orde kwam hoe ICT de werkprocessen beter zou kunnen faciliteren met verbeterde ‘patiëntreizen’ en een gestroomlijnd primair proces, waar artsen en verplegend personeel gelukkig van worden. Andere tijden.

Hoeveel mag ICT kosten?

Hoeveel mag ICT kosten? Een rapport van KPMG in 2015 over de informatievoorziening en behoefte van de RvC in de financiële sector concludeerde dat de informatievoorziening inzake IT-kosten ernstig te kort schoot. 60 procent gaf aan dat er geen rapportage is die goed inzicht geeft in IT-kosten, terwijl 92 procent van de commissarissen dit wel belangrijk vond. Zou dat in de zorgsector anno 2018 heel anders zijn?

Alvorens de vraag kan worden beantwoord hoeveel ICT mag kosten, is het dus essentieel te zorgen voor een

adequaat inzicht in kosten. Heeft de Raad van Toezicht van een gemiddelde zorgorganisatie een goed inzicht in de investeringen en het kostenniveau van ICT? Welke kosten worden er überhaupt meegenomen? Toch een essentiële randvoorwaarde die moet ingevuld alvorens een meer intelligente analyse inclusief vergelijkingen met benchmarks of collega-instellingen. Mijn eigen waarneming is dat hier zeker slagen in worden gemaakt, maar dat er ook nog een boel werk aan de winkel is.

Ik zie iets vergelijkbaars ook terug bij zorgorganisaties die na vele jaren zonder aandacht voor ICT, besluiten dat het nu echt tijd wordt voor een ICT- of informatiestrategie. Inhoudelijk prima, zelfs ronkende, verhalen passeren de revue in de presentatie voor de Raad van Toezicht. Vaak inhoudelijk goed doordacht en waar hard aan is gewerkt door de eigen organisatie onder leiding van een door de wol geverfde externe consultant.

Waar is de financiële paragraaf?

De stip op de horizon is gezet, de ambities zijn gedeeld en de contouren van het projectplan voor het komende jaar zijn al zichtbaar. Maar hoe vreemd... Waar is de financiële paragraaf gebleven? En dan hebben we het niet alleen over de initiële investeringen maar ook een meer integrale benadering van total cost of ownership voor de komende jaren.

Dus stel ik de vraag: “Hoeveel moet dat kosten?”



Henk van der Stelt is professioneel toezichthouder in de zorg met de portefeuilles financiën en ICT.



Hebben wij het over hetzelfde?

Ik kijk om me heen in deze stuurgroep van het grote ICT/innovatieproject waar we mee bezig zijn. Nog geen drie weken geleden hadden wij in onze Raad van Toezicht op ons verzoek de projectleider van het nieuw te implementeren ICT-systeem op bezoek om ons in een half uurtje een update te geven.

Een prima verhaal met fantastische slides. De overheadprojector maakte overuren met wervelende, bewegende animaties. De projectleider maakte een gedreven en ervaren indruk. En het ging weliswaar om een majeure implementatie met grote gevolgen voor de werkprocessen maar alles was onder controle en dit zou onze zorgorganisatie opstuwten in de vaart van de innovatieve vooruitgang.

Tijdens de Health Innovation School had ik de uitgangspunten van een goed innovatietraject uitgelegd gekregen. Dus vroeg ik de bestuurder naar de betrokkenheid van alle stakeholders en quasi naïef of er een stakeholders-analyse had plaatsgevonden. Een helemaal bevredigend antwoord kreeg ik (nog) niet: een mooi aangrijpingspunt om dit half jaar mijn werkbezoek onder meer te besteden aan het bijwonen van een stuurgroepbijeenkomst van dit project. Zo kan ik luisteren en kijken wat er gaande is binnen de organisatie.

Het was goed te constateren dat rond de tafel nagenoeg alle relevante spelers aan tafel zaten. Naast de bestuurder werd de stuurgroep bemenst met vertegenwoordigers van de artsen, verpleegkundigen, ondersteunende diensten, administratie, logistiek, finance, kwaliteit, HRM, ICT en zelfs de OR. Maar waar was de patiënt? Het zou immers zijn zorgproces direct raken en van invloed zijn op zijn patient-journey. Uit de stukken had ik gelukkig al opgemaakt dat deze patient-journeys een dominante invloed hadden gehad bij het ontwerp. Check!

Op een relatief abstract niveau kon iedereen zich goed vinden in de voorstellen en de richting. Er was zelfs sprake van een mooi bindend groot gemeenschappelijk verlangen. Zo leek het.

Welke belangen

Maar had iedereen het wel over hetzelfde? En wat was nu echt belangrijk voor hem of haar? Welke belangen spelen hier? Worden die ook gezien van elkaar en wordt daar ook op geacteerd?

In de afgelopen vijfendertig jaar heb ik onder andere de uiterste relevantie geleerd om je zelf en anderen de vraag te stellen of we het over dezelfde dingen hebben en welke onderliggende betekenissen die kunnen hebben. Daarbij helpt het om verschillende brillen op te zetten, om 'meervoudig te kijken'.

De bestuurder is enthousiast dat in het kader van zinnige en zuinige zorg de patiënt minder vaak naar het ziekenhuis gaat en hij zo het patiëntenbelang kan dienen. Tegelijk zie ik boven een ander hoofd de tekstballon opstijgen met de vraag welk lid van de maatschap er dan uit moet.

En natuurlijk moeten we openheid hebben over kwaliteit en aantallen, maar gaan we deze verrichtingen in de toekomst nog doen en word ik straks direct gebenchmarked tegen mijn collega's? Hoe interessant blijft mijn werk? En transparante inzage in dossiers is fantastisch voor patiënten maar dan moet ik dus al die dossiers nog eens goed checken. Heb ik daar dan tijd voor?

Oh, hebben we straks geen secretaresses meer op de afdeling en moet ik het zelf doen? Wat betekent dit voor mijn workload? Ik draai nu al overuren. Top dat we de zorgverzekeraar kunnen tonen dat we minder verrichtingen en dus productie draaien, maar de financiële man piekert nu al hoe hij dit bij de bank moet uitleggen. De OR-vertegenwoordiger kijkt vooral hoe hij straks ter verantwoording kan worden geroepen door zijn achterban. Is er een goed sociaal plan?

Deze vragen zijn nog maar het topje van de ijsberg die het project als een Titanic in het diepe koude water kunnen laten afzinken.

Mobiliseren veranderkwaliteiten

Gelukkig heeft de projectleider hier oog voor. Hij heeft in zijn aanpak met een grondige 'stakeholder-analyse' veel aandacht besteed aan het mobiliseren van veranderkwaliteiten en het benoemen en adresseren van mogelijke weerstanden. Fijn om te zien dat men het hier toch over hetzelfde heeft, met oog voor de onderliggende verschillende mogelijke invalshoeken. En vooral gedreven om gezamenlijk te werken aan een goede zorg voor de patiënt.



Henk van der Stelt is professioneel toezichthouder in de zorg met de portefeuilles financiën en ICT.

