

OP MENSELIJKE LEEST GESCHOEID

Kinderarts Wiesenthal: 'Uiteindelijk zullen artsen sméken om goede ICT'

Succesvolle implementatie van ICT in de zorg is bovenal een kwestie van goed verandermanagement, zegt de Amerikaanse arts en ICT-deskundige Andrew Wiesenthal. 'Technische problemen bestaan niet, het draait uitsluitend om het meekrijgen van mensen.'

EVELINE BRANDT

De huidige situatie in de Amerikaanse gezondheidszorg kan niet langer worden getolereerd. *It's a mess.* De zorg is niet veilig genoeg en de meeste dokters en verpleegkundigen hebben geen goed, geautomatiseerd systeem om de laatste inzichten en de nieuwste *evidence* in hun werk toe te passen.

Zonder eigentijdse technologie kunnen artsen en verpleegkundigen hun werk gewoon niet goed doen en dat geldt voor Nederland evenzeer als voor de Verenigde Staten, zegt Andrew Wiesenthal (56). De Amerikaan Wiesenthal, van origine kinderarts, is een expert op het gebied van ICT in de gezondheidszorg. Sinds twintig jaar houdt hij zich hiermee bezig bij Kaiser Permanente, de grootste non-profitzorgaanbieder in de Verenigde Staten. Hij is daar verantwoordelijk voor de ontwikkeling van grootschalige informatiesystemen. Wiesenthal werd onlangs door TNO (zie *kader*) naar Nederland gehaald om te spreken op een besloten symposium over zijn ervaringen met ICT.

ONTMOEDIGEND

'Wat in het TNO-project is misgegaan, klinkt als wat er meestal misgaat', zegt Wiesenthal. Gemiddeld faalt 60 procent van de ICT-projecten in de zorg. Vooral transmurale ICT-projecten, is zijn ervaring, zijn lastig te implementeren omdat er veel partijen bij betrokken zijn, zoals ook TNO pijnlijk duidelijk heeft ondervonden.

Kaiser Permanente onderzocht op Hawaï de attitudes van huisartsen en specialisten die in een transmuraal ICT-project beter met elkaar moesten gaan communiceren. De bevindingen, gepubliceerd in *British Medical Journal*, zijn ontmoedigend (zie ook MC 46/2005: 1839). De noodzaak van goede elektronische dossiers en digitale communicatie werd door de artsen bestreden. Problemen met de software deden hun verzet nog verder toenemen. Sommige betrokkenen vonden het 'traumatisch' dat de taakverdeling en verantwoordelijkheden door de automatise-



DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Andrew Wiesenthal: 'Automatisering is de enige oplossing voor de puinhoop in de zorg.'

ring gingen schuiven, et cetera. Met name de implementatie van ICT, concluderen de auteurs van het Hawaiï-onderzoek, leidt tot veel conflicten. Daarom vereist vooral die fase veel aandacht.

Toch is het Wiesenthals stellige overtuiging dat (geslaagde) automatisering de enige oplossing is voor de *mess*, de puinhoop in de zorg. Met een goed systeem kunnen zorgverleners binnen, én tussen instellingen veel makkelijker communiceren en overdrachtsfouten door onleesbare handschriften en zoekgeraakte dossiers behoren tot het verleden. Veel medicatiefouten kunnen worden voorkomen. Wiesenthal, licht spottend: 'Dat het met het huidige, handmatige voorschrijven van medicijnen niet nóg veel vaker misgaat, is een wonder.' Als van elke patiënt een fatsoenlijk elektronisch dossier wordt aangelegd, hoeft die niet bij iedere volgende zorgverlener opnieuw zijn naam, geboortedatum, aandoening en allergieën op te dreunen. Ook de nieuwste behandelwijzen kunnen daarin worden ingevoerd. Het systeem geeft een melding bij patiënten die in aanmerking komen voor de behandeling. Dit soort *decision support* is een grote verworvenheid voor dokters.

NIEUW INSTRUMENTJE

Maar, zo vroeg men ook op het TNO-symposium aan Wiesenthal, hoe krijg je die dokters zover dat zij de veranderingen accepteren die ICT met zich meebrengt? Hoe ga je om met de weerstand die zij vaak hebben? Droogjes antwoordt hij: 'Ik vind het wat misleidend om te spreken over het 'verzet' van zorgverleners tegen nieuwe technologie. Zodra je een chirurg

'Laat de toepassingen niet door een techneut demonstreren'

vertelt dat je een nieuw instrumentje hebt waarmee het werk beter is te doen, wil hij dat toepassen. Artsen 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 inzien. De oplossing is dus simpel: geef ze uitsluitend waardoor hun werk zichtbaar beter verloopt. En betrek ze bij de vormgeving van de software.'

Wiesenthal heeft geleerd dat het niet werkt als een ICT'er zegt: dokters, ik heb hier iets geweldigs, vertrouw mij maar, we stoppen het in uw computer en *you'll love it*. 'Wat wel werkt, is vragen: wilt u een systeem dat u ondersteunt bij 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 wat in uw vak het belangrijkste is? Breng bijvoorbeeld een stel kinderartsen bij elkaar, laat ze vertellen wat ze verlangen 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 zelf hebben meegedacht, collega's die ze vertrouwen hebben dat wel gedaan.'

MENSELIJKE FACTOREN

Ook bij de installatie laat je de toepassingen niet door een techneut demonstreren, doceert Wiesenthal. 'Je vraagt een collega-dokter om te laten zien hoe hij met het nieuwe systeem >>

BIJ TNO-PROJECT GING ALLES MIS

De zorgketen voor kinderen in Nederland kent zwakke plekken: er hapert veel aan overleg en afstemming tussen de verschillende zorgverleners. Het TNO-project Verbetering Transmurale Samenwerking zocht hiervoor een oplossing. Op een eigentijdse wijze: met gezamenlijk opgestelde protocollen en een speciaal ontwikkelde vorm van ICT. Het project, gefinancierd door ZonMw, liep van juli 2000 tot april 2006. Onlangs, op een besloten symposium, schetsten de projectleiders openhartig hoe hun pilot in de jeugdgezondheidszorg niet heeft opgeleverd wat ze ervan hadden gehoopt. De transmurale behandelprotocollen zijn er tot ieders tevredenheid gekomen, maar met de (ambities rond de) ICT ging van alles mis.

Het project is uitgevoerd in de regio Leiden. Zo'n veertig partijen waren erbij betrokken: huisartsen, jeugdartsen, consultatiebureauartsen, drie ziekenhuizen en twee universitaire afdelingen.

De bedoeling was dat consultatiebureau- en jeugdartsen beter, want digitaal, zouden gaan communiceren met huisartsen en kinderspecialisten over aandoeningen bij patiëntjes. Maar er ontstonden allerlei problemen met (het installeren van) de software, waardoor het project telkens vertraging opliep. Mede daardoor bleek het moeilijk om het gevoel van urgentie, het gevoel dat verandering echt noodzakelijk is, levend te houden bij de betrokkenen. De techniek sloot bovendien slecht aan bij de routines van de zorgverleners, wat hun motivatie nog verder ondermijnde. Zo bleek dat consultatiebureauartsen vaak 's avonds thuis verwijsbrieven invullen, zonder de druk van een volle wachtkamer. Maar thuis beschikken zij niet over de noodzakelijke apparatuur om dit digitaal te doen. Verder waren er zo veel partijen bij het project betrokken dat knopen vaak moeilijk werden doorgemaakt, zo analyseren de onderzoekers achteraf. Ook was er onvoldoende budget en tijd om een compleet nieuw systeem te ontwikkelen en te implementeren.

'We zijn door dit project veel wijzer geworden', zegt dr. Simone Buitendijk van TNO Kwaliteit van Leven. 'Helaas door schade en schande. Maar we hebben de onfortuinlijke uitkomsten niet onder het vloerkleed willen vegen; de lessen die we hebben geleerd, willen we delen met iedereen die met ICT in de zorg te maken krijgt.'

Op het symposium zijn die 'lessen voor de toekomst' gepresenteerd; ze zijn bovendien gebundeld in een boekje dat binnenkort verschijnt. Buitendijk: 'We vinden dit zo belangrijk omdat ICT een *conditio sine qua non* is voor het goed en effectief functioneren van de zorgketen. Als we de kreet 'het kind centraal' serieus menen, móeten we de gegevensuitwisseling in de jeugdgezondheidszorg automatiseren. Dat is nodig voor het klinisch handelen zelf, maar ook voor kwaliteitsborging en monitoring van de uitkomsten. En dus voor het uiteindelijke doel: de gezondheid van kinderen verbeteren.'

'Deze pilot kan toch nog slagen als we vanaf nu een aantal fouten weten te vermijden. We kunnen het ons niet permitteren om te zeggen, dit was pijnlijk, we doen het nooit meer. Nee, we doen het gewoon weer, maar dan beter.' ■





<< werkt, hoe hij informatie over vaccineren opzoekt en groei-curven verwerkt. Dát zal een kinderarts overtuigen.' Resoluut vervolgt hij dat alleen menselijke factoren cruciaal zijn voor succesvolle ICT-implementatie. 'Technische problemen bestaan eigenlijk niet. Ook die zijn altijd terug te voeren op menselijke problemen zoals slechte communicatie, gebrek aan betrokkenheid. Concentreer je dus op de mensen.'

Het heeft jaren geduurd voordat Wiesenthal en zijn collega's deze strategie hadden ontwikkeld, bekent hij. Vanaf 1987 is hij bezig met automatisering in de gezondheidszorg.

Tijd uittrekken om iedereen mee te krijgen, betaalt zich altijd terug

Pas tien jaar later begonnen de projecten van Kaiser succesvol te worden. Na veel fouten en nog veel meer kosten kwam de huidige werkwijze tot stand, die je een vorm van 'verander-management' zou kunnen noemen. De strategie lijkt gebaseerd op een bottom-up principe maar dat is te simpel gesteld, zegt Wiesenthal. 'Het werkt óók top-down. Iemand moet gewoon beslissen dat de organisatie een nieuw systeem krijgt. Maar als dat 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 kinderartsvergelijking: 'Als je wilt dat jouw kind van twee naar bed gaat, vraag je niet: wil je naar bed? Natuurlijk zegt het kind dan nee. Je kondigt aan: we gaan naar bed, wil je een liedje of een verhaaltje voor het slapengaan? Oftewel: we gaan een nieuw systeem opzetten, hoe wilt u dat het eruit ziet?'

ECHT VERANDEREN

Belangrijk voor een geslaagd ICT-project, zegt Wiesenthal, is dat de 'leiders' in de organisatie, de mensen met een natuurlijk gezag over hun collega's, daar nauw bij worden betrokken. 'Aan die mensen vraag je: hoe kunnen wij uw werk efficiënter en effectiever maken? Je geeft hen een rol in het verwezenlijken van je visie. Dat is geen trucje; je hebt die professionele input ook echt nodig.'

Dat deze werkwijze erg tijdrovend is, ontkent hij met klem. 'Kijk naar het TNO-project: het heeft jaren geduurd, veel geld gekost en 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.'

Lastig vindt Wiesenthal wel dat bij het automatiseren in zijn vak, nog steeds de ouderwetse werkwijze wordt nagebootst. 'We doen dat omdat mensen dat gewend zijn. Maar eigenlijk

Op een besloten symposium werd besproken wat er allemaal misging bij het TNO-project Verbetering Transmurale Samenwerking.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

gebruik je de mogelijkheden van de computer dan niet optimaal. We willen het werk zo veranderen dat we niet alle stappen in het zorgproces hoeven te zetten. Maar dat is heel moeilijk. Mensen trainen om met nieuwe ICT te werken is eenvoudig vergeleken bij het écht veranderen van vertrouwde werkwijzen.'

In sommige systemen van Kaiser lukt dit al, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van medicijnen. 'Terwijl in veel geautomatiseerde voorschrijfsystemen de dokter nog altijd moet leunen op zijn eigen kennis van geneesmiddelen, hebben wij een systeem ontworpen waarbij de arts de diagnose invoert en het systeem vervolgens aangeeft wat de behandeling van eerste keus is. Artsen krijgen dus een deskundig advies precies als ze dat nodig hebben. Dit is heel simpel en effectief. En in het papieren tijdperk was dit niet mogelijk. In het systeem moeten wel alle recente behandelstandaarden zijn ingevoerd.'

Vooruit denken is belangrijk bij succesvol automatiseren, zegt hij. 'Je wilt niet iets ontwerpen dat vandaag goed is

te gebruiken, want wat we vandaag doen is niet best. Uit onderzoek weten we dat patiënten in Amerika in slechts 50 procent van de gevallen de juiste behandeling krijgen. We willen een systeem dat ervoor zorgt dat ze die in 100 procent van de gevallen krijgen. Daarvoor moeten we proberen te vergeten wat we vandaag de

dag allemaal voor onzinnige dingen doen. We moeten nadenken over de ideale gezondheidszorg en een systeem ontwerpen om die visie te verwezenlijken.'

SLECHT ETEN

Ideaal zou zijn als de zorg zich meer bij de patiënt thuis afspeelt, stelt Wiesenthal. 'Dat is wat mensen willen. Wie is er nu graag in een ziekenhuis? Het is daar vreselijk. Je kunt er niet slapen, het eten is slecht, niemand geeft je de informatie die je nodig hebt en als je er vier dagen bent, weet je zeker dat er minstens één fout is gemaakt. Hoe meer je thuis kunt blijven, in je vertrouwde omgeving, met je dierbaren, hoe beter het is.'

ICT kan daarbij helpen, zegt hij enthousiast. Bijvoorbeeld door de patiënt, zodra die inlogt in een systeem, inzage te geven in de afspraken met zijn behandelaar. 'In plaats van afspraken en instructies te vergeten of ze op een papiertje te schrijven dat zoekraakt, kan de patiënt ze op ieder moment nalezen en er vragen over stellen via e-mail. Zo kunnen mensen zoveel mogelijk thuisblijven en toch contact houden.'

Als het goed wordt gebruikt, maakt ICT de zorg voor patiënten veel persoonlijker, zegt hij, daarmee dwars ingaand tegen het veelgehoorde bezwaar dat 'alles zo onpersoonlijk' wordt in het digitale tijdperk. 'Goede ICT is heel belangrijk voor zorgverleners, maar nog belangrijker voor patiënten. Het kan enorm bijdragen aan hun empowerment; het is eigenlijk de enige manier waarop de patiënt in de zorg écht centraal kan komen te staan.' ■

Eveline Brandt,
journalist



Een vette onderbuik



Laatst kwam een van de arts-assistenten iets te laat op zijn beoordelings-

gesprek vanwege een uitgelopen consult. Toen hij tegenover me zat, viel me pas op hoe slordig hij was gekleed. Zijn ongestreken witte linnen overhemd was semi-doorzichtig en ik kon zijn navel in volle glorie aanschouwen. Niet vanwege de doorzichtigheid van dit kledingstuk trouwens, maar omdat de omliggende behaarde vetlagen zich een weg hadden geworsteld tussen twee wijkende knopen door. Ik vroeg me af wat de patiënt gedacht moeten hebben toen deze dokter aan zijn bed verscheen op de afdeling Neurologie.

Waarom het in de psychiatrie gewoonte is dat dokters en verpleegkundigen nog immer gekleed gaan alsof het zaterdagmorgen is, of alsof ze zojuist van een vakantie in de tropen zijn teruggekeerd, is me een raadsel. Het is allang duidelijk uit onderzoek, gepubliceerd in *The Lancet*, dat patiënten het waarderen als hun dokter netjes en conservatief gekleed gaat en ze kunnen onderscheiden wie verpleegkundige is en wie patiënt. Niet alleen dat, ze hebben meer vertrouwen in een goed geklede arts dan in een sloddervos.

Mogen we in de psychiatrie nog steeds geen onderscheid maken tussen patiënten en hun behandelaars? Moeten we nog steeds een schijnelijkheid ophouden die zelfs van de agenda van de nationale politiek is verdwenen? Het wordt tijd dat we als dokters zichtbaar maken dat we aan het werk zijn. Al is het maar uit respect voor onze patiënten. ■

René Kahn

de psychiater