



Zorglandschap - De rol van IT bij  
gedwongen verandering

Zorgorganisaties worden uitgedaagd tot het leveren van betere zorg voor minder geld. De vraag naar zorg neemt toe, als gevolg van de vergrijzing en welvaartsziektes zoals obesitas, hoge bloeddruk, en hart- en vaatziekten. De toenemende vraag is de oorzaak van de groeiende kosten voor ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Tussen 2006 en 2012 stegen de uitgaven aan ziekenhuispatiënten met 20 procent, tot 20 miljard euro.

De politieke oplossing voor het beheersen van de zorgkosten is de invoering van marktwerking. Deze randvoorwaarde nodigt de individuele zorginstelling uit tot het vernieuwen van hun zorgaanbod. Het leidende experiment is een open markt met keuze voor de consument. Dit nieuwe model geeft verzekeraars de macht om individuele zorgaanbieders tot optimalisatie te prikkelen.

### **Meer kwaliteit in de zorgverlening**

Het perspectief van marktwerking ziet zorgverlening als commerciële dienstverlening. Ziekenhuizen zullen zichzelf uitdagen tot het leveren van de meest effectieve zorg aan de patiënt. Deze ontwikkeling naar verbeterde productiviteit en lagere kosten wordt gestuurd door de zorgverzekeraars, via efficiëntie prikkels zoals de volume-eis en ligduurverkorting. De doelstelling is helder: betere kwaliteit voor de patiënt, maar het is onmogelijk om de nodige veranderingen in één keer stelselbreed door te voeren. De uitdaging ligt in de uitvoering binnen de zorginstellingen.

In zorg als dienstverlening verschuift de waardebepaling van een behandeling. De nieuwe organisatie van de zorg is gericht op het vergroten van de waarde voor de patiënt. De waarde kan worden gemeten aan de hand van het resultaat van de zorg, afgezet tegen de kosten voor de patiënt. Men neemt de aandoening van de patiënt als uitgangspunt, waardoor de toegevoegde waarde van verschillende

behandelingen kan worden vergeleken.

De waarde voor de patiënt wordt als volgt gekwantificeerd:

$$\text{waarde} = \frac{\text{veilige zorg + zorguitkomsten + service}}{\text{kosten}}$$

In deze formule interpreteren we “zorguitkomsten” als een combinatie van minder mortaliteit, minder optreden van complicaties en minder systeemfouten in processen. Dit is een bruikbare lens voor het aansturen van de verbeteringen die zorgorganisaties kunnen doorvoeren.

“De zorgsector zal alles uit de kast moeten halen om nieuwe oplossingen te vinden. Een groot deel van deze oplossingen zullen afhangen van nieuwe IT”

### **De opkomst van anderhalvelijnszorg**

Anderhalvelijnszorg is een combinatie van eerstelijnszorg, die de patiënt op eigen initiatief ontvangt, en specialistische tweedelijns zorg, die volgt op een doorverwijzing. Het combineert de laagdrempeligheid en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg met de specifieke kennis van de tweedelijnszorg. Deze combinatie werkt vooral voor de zorg van chronisch zieken en ouderen.

Anderhalvelijnszorg is laagdrempelig en toegankelijk, zoals eerstelijnszorg, maar het maakt het de specifieke kennis van de tweedelijnszorg beschikbaar. Hierdoor kan de patiënt zorg ontvangen van

een specialist zonder doorverwijzing.

Anderhalvelijnszorg wordt mogelijk gemaakt door integratie van de ketenpartners, zoals de huisarts, apotheker, mantelzorgers en specialisten. De regie van anderhalvelijnszorg ligt vaak bij de huisarts en vereist vaak ondersteuning van nieuwe technologie.

Naast de opkomst van anderhalvelijnszorg verschuiven meer taken van de tweede lijn naar de eerste lijn. Ook deze trend wordt mogelijk door ketenintegratie en technologie.

### **De gevolgen van marktwerking**

Sinds het besluit dat de zorg weer een open markt moet worden, met werkelijke keuzevrijheid van de consument, zijn de organisaties in de zorgmarkt – ongeveer 90 ziekenhuizen en 270 zelfstandige klinieken – marktgericht gaan werken. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders zijn niet langer publieke organisaties, en veranderen in vraaggestuurde organisaties die de patiënt centraal stellen.

Als gevolg van de vrije concurrentie moeten zorgaanbieders nadenken over een passend en herkenbaar aanbod voor de patiënt. Ze zullen een onderscheidend karakter cultiveren, op basis van een niche en hun specialiteiten, om zo een stabiele positie te verwerven. De zorgaanbieders zullen sterker van elkaar gaan verschillen. Daardoor kan de patiënt beter afwegen welke zorgaanbieder het beste kan voorzien in zijn of haar zorgbehoefte.

Ziekenhuizen staan als leverancier onder druk van de zorgverzekeraars en als klant onder druk van de Medisch Specialistische Bedrijven. De specialisten hebben zich georganiseerd in commerciële organisaties, en maken als groep afspraken met het ziekenhuis. Hierdoor heeft een zorginstelling minder grip op de specialisten, die, net zoals de zorgverzekeraars, hun eigen belangen behartigen.

Nu moeten zorginstellingen zich aanpassen aan de belangen van elke partij: de patiënten, de zorgverzekeraars, en de artsen.

**“De spelregel heet ‘marktwerking’ en alle spelers in de zorg zullen zich moeten aanpassen.”**

### **Nieuwe optimalisaties veroorzaken onrust op de werkvloer**

Zorgverleners proberen de bezuinigingen waar te maken door een geval van behandeling binnen een gesteld aantal uren af te sluiten. Ze willen bijvoorbeeld snel een diagnose stellen, maar die wordt vaak niet overlegd met collega's, patiënt of begeleiders. Ze doen het zo omdat de zorgverzekeraar deze eis stelt voor vergoeding van de behandeling. Verder worden de medewerkers belast met meer bureaucratie en administratieve handelingen. Deze werkwijze zorgt voor onrust bij veel zorgverleners.

Op organisatorisch niveau is het eveneens onrustig. Zorgverleners vragen zich af:

- wie kan worden wegbezuinigd
- of ze zich kunnen aanpassen aan locatiewisselingen
- wat de nieuwe teamsamenstelling is na een reorganisatie

Dit leidt tot een tekort aan inbedding van personeel en collegiale uitwisseling.

Het management zoekt naar manieren om de kosten te verlagen, met behoud van kwaliteit voor de patiënt. Het is hun verantwoordelijkheid de organisatie financieel gezond te houden, en daardoor is er minder tijd voor

het oplossen van problemen op de werkvloer. Voor urgente knelpunten wordt een ad hoc oplossing bedacht, maar managers komen vaak niet toe aan het aansturen van teams. De behandelaren moet praktische zaken vaak zelf regelen, hoewel dit geen efficiënt gebruik is van hun tijd.

### **De uitdagingen van duurzame kwaliteit**

In de gezondheidszorg zijn economische overwegingen dominant geworden. Er is minder tijd en geld voor de menselijke kant en de inhoud van het vak. Medewerkers van ziekenhuizen en andere zorgorganisaties proberen op de meest efficiënte manier te werken. Maar het risico ontstaat dat de kwaliteit van de zorg in gevaar komt.

### **IT-aanknopingspunten voor zorgaanbieders**

In alle takken van het bedrijfsleven is IT de sleutel tot kostenbesparing en het ontwikkelen van nieuwe competenties. Binnen de zorgsector kan IT worden ingezet voor zowel de eigen organisatie als voor interactie met klant.

### **Standaardisering**

De zorgsector is gefragmenteerd in afdelingen, praktijken en instellingen. Deze partijen zijn autonoom, maar moeten samenwerken voor een optimaal zorgaanbod. Daarom moet het productieproces van het zorgaanbod onderling worden afgestemd.

In de maakindustrie produceren gespecialiseerde bedrijven gezamenlijk met partners grootschalig complex maatwerk. Zonder een gestandaardiseerde infrastructuur, samenwerkings en inkoopplatformen zou dit niet mogelijk zijn. De zorgsector kan hier een voorbeeld aan nemen.

Voorbeelden van standaardisatie zijn de koppeling van software

pakketten met het elektronisch patiënten dossier, en gecoördineerd patiëntentransport.

### **Uitwisseling van medischinhoudelijke gegevens**

Honderden verschillende IT-systemen komen in een ziekenhuis bij elkaar. Patiëntgegevens kunnen nu binnen en tussen ziekenhuizen worden uitgewisseld. Maar vanwege de verschillende dataformaten blijkt dit in de praktijk een uitdaging. Veel verschillende IT-systemen ondersteunen logistieke en informatiestromen, teams, communicatie, of een bepaalde dienstverlening. De communicatie tussen verouderde systemen is vaak niet mogelijk. Ze zijn ongeschikt voor het ondersteunen van multidisciplinaire zorg en institutionele samenwerking.

Een vernieuwde ITinfrastructuur met gekoppelde systemen maakt de juiste informatie toegankelijk, op het juiste moment.

### **Vermindering van administratieve lasten**

IT-systemen kunnen dagelijkse handelingen automatiseren en zo tijd besparen voor het personeel. Voorbeelden zijn:

- het minder dubbel invullen van patiëntgegevens;
- sneller en vollediger communiceren met behulp van software;
- het voorkomen van menselijke fouten door minder handwerk.

### **Ontkoppel kennis van fysieke handelingen**

Binnen de industrie zijn grote verbeteringen doorgevoerd door het onafhankelijk van elkaar optimaliseren van enerzijds fysieke handelingen en anderzijds het gebruik van kennis en informatie. De zorg is kennis- en informatie-intensief. De kennis is momenteel nog sterk gekoppeld aan fysieke handelingen. Ontkoppeling biedt even grote mogelijkheden voor zorginstellingen.



## **Actuele IT-toepassingen op de medische werkvloer**

### **Verbeteren interne communicatie**

Binnen ziekenhuizen zijn individuele zorgaanbieders gefragmenteerd in teams, afdelingen, divisies, praktijken en specialistenmaatschappen. Alleen als de intern nieuws, rooster- en materialenplanning goed wordt verspreid kan een team excelleren. Nieuwe kanalen doen zijn hierin vele malen effectiever. Narrowcasting oplossingen verspreiden nieuws selectief, aan bepaalde groepen, via verschillende kanalen. Zo worden TV-schermen op de afdeling gecombineerd met nieuwsberichten via een mobiele applicatie. Zo blijven mensen op de hoogte van het nieuws dat voor hen relevant is.

### **Online afspraken maken**

Veel patiënten moeten voor behandelingen vaak naar het ziekenhuis. Dit is tijdsintensief en logistiek uitdagend. Diverse typen gesprekken, behandelingen, en begeleiding zijn geschikt om op afstand via telefoon of videoconferencing te doen. Zorgverleners plannen hun eigen afspraken zonder tussenkomst van een secretariaat.

### **M-health en telemonitoring**

Mobile applicaties en draagbare sensors helpen bij het stellen van een snellere en betere diagnose. Vitale parameters worden automatisch verzameld, de arts kan symptomen vroegtijdig signaleren en dan informatie en coaching geven op afstand.

### **Connected health en collaboratietechnologie**

Collaboratietechnologie verbindt de verschillende partijen, zoals aanbieders met aanbieders, patiënten met aanbieders, en patiënten met hun mantelzorgers. Collaboratietechnologie stelt hen in staat veilig informatie te delen op afstand. Informatie wordt toegankelijk gemaakt en de partijen kunnen gegevens delen en gezamenlijk analyseren.



## **Inzet RFID tags**

RFID technologie vergroot de efficiëntie, patiëntveiligheid en transparantie. Onderzoek binnen een OK-complex en een intensive care afdeling heeft aangetoond dat RFID geschikt voor het volgen van de bewegingen van zorgverleners, patiënten, materialenstromen en bloedproducten.

## **De besparingspotentie van IT in de zorg**

De traditionele manier van kostenbesparing bekent vaak dat men snijdt in de aangeboden diensten. Daarentegen biedt IT een betere mogelijkheid: kostenbesparing, maar zonder verlies van kwaliteit. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders kunnen IT inzetten voor het optimaliseren van processen en informatiestromen. Hierdoor wordt complexe samenwerking geautomatiseerd. De tijd die hiermee wordt gewonnen kan vervolgens weer zinvol worden besteed aan de zorg voor de patiënten.

**IT maakt de handen van zorgverleners weer vrij, zodat ze meer tijd een aandacht hebben voor wat het belangrijkste is: de behandeling van patiënten.**

De potentiële besparingen d.m.v. IT binnen de huidige omgevingen van zorgaanbieders liggen tussen de 2,9 en 6,1 miljard euro per jaar. Deze bedragen vertegenwoordigen 5,2% tot 10,5% van de zorguitgaven in Nederland. Het is aan de individuele beslissers binnen de zorg om deze besparingen te realiseren.

- Er zijn scenario's waarin IT-toepassingen de acute noodhulp aan chronisch zieken met 70% laten dalen.
- Het mogelijk om 55% van de contacten tussen zorgverleners en patiënten virtueel te maken, i.p.v. face-to-face.
- Het is de verwachting dat klinisch personeel ruim 33% meer tijd zal hebben voor individuele patiënten.