

EPD levert besparing van 10 procent op

Levert het invoeren van een EPD naast voordelen voor de gezondheid van de patiënt ook voordelen voor de financiële gezondheid van een ziekenhuis op? Het St Antonius Ziekenhuis heeft het onderzocht.

Veel ziekenhuizen werken aan de invoering van een EPD. Maar wat levert dat eigenlijk op? En hoe kun je borgen dat de vooraf geraamde opbrengsten ook daadwerkelijk gerealiseerd worden en de gemaakte kosten worden terugverdiend? Bespaart het werken met een EPD eigenlijk wel tijd? Deze vragen leidden er in 2007 bij het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein toe om een kostenterugverdienmodel op te stellen. Opvallend daarbij is dat niet zozeer over een business case gesproken wordt, maar over het terugverdienen van kosten. De term business case geeft de indruk dat er winst gemaakt zou moeten worden op een ontwikkeling. Dat deze term niet gebruikt is, geeft een indicatie van de wijze waarop het St. Antonius ziekenhuis aankijkt tegen de invoering van het EPD. In het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein wordt sinds 2007 gewerkt aan een ziekenhuisbrede invoering van het door de ict-afdeling ontwikkelde EPD voor medische en verpleegkundige registratie en dossiervoering. De invoering wordt aangepakt vanuit de filosofie dat een EPD-invoering een organisatieveranderingstraject is. Om deze reden zijn zowel ict als organisatiekosten geraamd. Op dit moment is het EPD in een groot deel van het St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en fusiepartner Mesos Medisch Centrum

Utrecht ingevoerd. In het ziekenhuis wordt een eigen EPD ontwikkeld, IntraZIS. Dit EPD biedt zowel generieke als op de vakspecialismen afgestemde functionaliteiten. Het is te typeren als een tweede generatie EPD op basis van het Gartner EPD-generatiemodel. Het kostenterugverdienmodel bestaat uit een kosten- en een batenonderdeel met zowel kwantitatieve als kwalitatieve baten. Voor de kosten zijn de uit te voeren projectactiviteiten als basis gehanteerd. Naast de projectactiviteiten zijn de structurele kosten geïnventariseerd die na afronding van het project bestaan. De projectactiviteiten en bijbehorende kosten zijn in nauwe samenwerking met de programmamanager en het EPD-projectteam opgesteld. Hierbij zijn eveneens gesprekken gevoerd met de betrokken softwareontwikkelaars, het zorgmanagement, de ict beheerafdeling en de raad van bestuur, met name om een inschatting te krijgen van de realiseerbaarheid van de verwachte besparingen. De raad van bestuur heeft het model vervolgens besproken met de medische staf en de ondernemingsraad binnen het ziekenhuis. Om flexibiliteit in deze gesprekken te brengen, zijn in het model drie terugverdienscenario's geschetst. Op basis van deze gesprekken is uiteindelijk één scenario gekozen als de best passende. De randvoorwaarden vormen een belangrijk onderdeel van het model. Deze randvoorwaarden vielen buiten de scope van het EPD-project, maar waren wel belangrijk om het verkozen scenario een feit te laten worden. Een voorbeeld hiervan is het verruimen van de openingstijden van de helpdesk. Dit is een randvoorwaarde voor het succesvol invoeren van het EPD en daarmee indirect voor het behalen van de geschetste baten.

Kosten en baten

De kosten zijn onder te verdelen in de volgende categorieën. Allereerst de kosten van inzet van mensen. Denk hierbij aan projectmanagers, pro-

jectmedewerkers, functioneel applicatiebeheer, ict-medewerkers, communicatiemedewerker, informatieanalisten en helpdeskmedewerkers. Verder de kosten van een beveiligingstest, van de koppelingen met andere systemen. De kosten van conversies, en van hardware, zoals PC's, printers, scanners, servers en opslagcapaciteit. En dan zijn er nog de kosten van de softwarelicenties, en voor het maken van samenvattingen van papieren statussen door studenten. Naast bovenstaande opsomming van projectkosten zijn ook structurele kosten begroot. Denk daarbij aan opleidingen, afschrijvingen en structurele uitbreiding van formatie. Een groot verschil met andere EPD-projecten is dat in dit geval geen softwarelicenties voor het EPD hoeven te worden aangeschaft. Hier staat echter een grotere inspanning van het projectteam en het ziekenhuis zelf tegenover om de functionaliteiten van het EPD te specificeren en te testen. De licenties voor ontwikkeltools en dergelijke zijn niet opgenomen, omdat deze reeds aanwezig waren in het ziekenhuis. Een van de doelen van dit model was om te achterhalen of het EPD naast kwalitatieve baten ook financieel wat oplevert voor het ziekenhuis. Vooraf is berekend dat deze baten voornamelijk in personeelsbesparing zullen zitten: voor archiefmedewerkers, secretariaten en polimedewerkers. De besparing bij de archiefmedewerkers bestaat vooral uit het niet meer hoeven transporter, opzoeken en opbergen van papieren dossiers. De besparing bij de secretariaten bestaat uit de voordelen van digitaal dicteren en op termijn ook uit de voordelen van spraakherkenning. Digitaal dicteren biedt mogelijkheden om efficiënter te werken, sneller te werken en het werk flexibel te verdelen. Spraakherkenning leidt mogelijk tot tijdswinst en in ieder geval tot een kwaliteitstoename van de verslaglegging. De geschetste baten vereisten wel dat op de secretariaten op een



andere manier gewerkt moest worden. De realisatie is namelijk pas te behalen indien men dit zich als ziekenhuis echt voornemens is. Je zou kunnen zeggen: "Het opstellen van baten in het verleden, is geen garantie voor realisatie daarvan in de toekomst".

Evaluatie

Nu, twee jaar later, is het tijd voor een eerste evaluatie van het kostenterugverdienmodel. Hebben de kosten en baten zo uitpakend gepland? Welke zaken vielen mee en welke tegen? Nu volgt een analyse van de eerste metingen op de beraamde tijdsbesparingen. Voor de afdeling Interne Geneeskunde, een van de eerste afdelingen die overging op het EPD, is gemeten of de vooraf becijferde besparingen in polipersoneel inderdaad plaats hebben gevonden. De eerste cijfers wijzen erop dat het gebruik van het EPD bij benadering resulteert in de verwachte personeelsbesparing van rond 10 procent. Om verschillende redenen leidt deze besparing niet direct tot een afname van het personeelsbestand, maar betekent wel dat de vrijgekomen capaciteit gebruikt kan worden voor andere werkzaamheden en een flexibeler inzet van het personeel bij verschillende locaties of poliklinieken. Dit is ook te zien in de toename van productiviteit per fte polimedewerker. Indien we de gemiddelde tijd per bezoek voor de hele afdeling Interne Geneeskunde (IG) berekenen, komen we op de volgende getallen: in de jaren 2004 tot en met 2006 duurde een

bezoek gemiddeld 23 minuten, in 2007 en 2008 was dat 21 minuten. De tijdsbesteding aan dossiers nam in een hybride situatie toe van 6,7 minuten naar 7,6 minuten. In de situatie waarin grotendeels digitaal via het EPD gewerkt wordt neemt dit af tot 5,6 minuten. Op basis hiervan kan gesteld worden dat er een tijdsbesparing van een kleine 10 procent is bereikt. Hierbij dient nog opgemerkt te worden dat een deel van de IG-afdeling nog hybride (papier en digitaal naast elkaar) werkt. Uit de eerste metingen bij Maag-Darm-Lever-ziekten (MDL) komen besparingen van zelfs 16 procent naar voren. In onze aanpak hebben we getracht zo dicht mogelijk bij de praktijk te blijven en veel aandacht te geven aan de benodigde veranderingen in werkwijze, organisatie en procesverloop. Op basis van de eerste metingen kunnen we zien dat deze aandacht loont. De verwachte tijdsbesparingen zijn daadwerkelijk gerealiseerd. Er zijn besparingen mogelijk van 10 procent, maar metingen bij MDL geven aan dat ook hogere percentages mogelijk zijn. De te realiseren besparingen hangen van het type poli af en de wijze waarop de werkzaamheden tussen medisch specialisten en polipersoneel voor en na invoering EPD zijn verdeeld. Het is aanbevelenswaardig de verdeling van werkzaamheden voor de invoering goed te bepalen. Anders loopt men het risico dat de besparingen die bij het polipersoneel te behalen zijn, ingevuld worden met andere werkzaamheden. Een voor-

beeld hiervan is het invullen van een deel van het EPD, dat voorheen door de specialisten zelf gedaan werd. Sommige specialisten geven aan door het EPD meer tijd in het spreekuur nodig te hebben, zij ervaren het voordeel van het EPD buiten het spreekuur. De gehanteerde projectaanpak heeft gezorgd voor het realiseren van de kwantitatieve baten in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein. Nog niet alle verwachte baten uit het model zijn gerealiseerd. Zo zullen bijvoorbeeld de besparingen op het archief later komen, doordat papieren dossiers o.a. in het verpleegkundig dossier nog gebruikt worden. Hoewel de periode waarover het terugverdienscenario is berekend nu bijna op de helft is, zien we met de huidige metingen dat gemaakte kosten, mede op basis van de tijdsbesparingen, terugverdiend kunnen worden. <

Antoon van Luxemburg is werkzaam als senior adviseur bij M&I/Partners en opsteller van het kostenterugverdienmodel

Diderik van Wingerden is werkzaam als adviseur bij M&I/Partners en implementatiecoördinator

Jan Houben is partner bij M&I/Partners en programmamanager

Therese Borghuis is Manager Zorg & Bedrijfsvoering Zorgzorg Geneeskunde

Voor meer informatie over EPD:
www.ictzorg.com/EPD