

RPA neemt taken over in Martini Ziekenhuis

Haal de robot uit de mens

Het Martini Ziekenhuis in Groningen ging onlangs over naar een nieuw elektronisch patiëntendossier. Ze maakten tijdens deze migratie gebruik van RPA, Robotic Process Automation, robotgestuurde procesautomatisering, ofwel softwarerobots. Dat was zo'n groot succes dat ze RPA nu ook structureel gaan inzetten. "De robot uit de mens halen, dat is wat RPA doet."

Binnen drie seconden zet Aimy de gegevens van zeven patiënten foutloos over in het EPD. Ze werkt dag en nacht door zonder pauze te nemen, is nooit vrij of ziek en lust geen koffie. Aimy – de letters vormen de afkorting van 'Artificial Intelligence Martini for You' – is dan ook geen mens van vlees en bloed, maar een softwarerobot die ontwikkeld is om relatief eenvoudige, repeterende taken uit te voeren, zoals het overtypen van informatie. Dat bespaart zorgverleners vele uren werk. Uren die ze kunnen besteden aan waar ze goed in zijn: optimale patiëntenzorg bieden.

Het Martini Ziekenhuis had vóór corona al plannen om aan de slag te gaan met RPA, vertelt Edwin Kuipers, solutions architect. Afgelopen jaar was het dan zo ver: "We hebben toen twee pilots uitgevoerd om te laten zien wat softwarerobots kunnen betekenen voor onze organisatie. De

eerste pilot was bij onze apotheek. Daar verwerken ze dagelijks zo'n veertig tot vijftig mutatieberichten van cliënten van WTI-instellingen. Die berichten worden handmatig overgetypt in het EPD, een vervelende en foutgevoelige klus. Een softwarerobot leest de mails uit, start het EPD op en verwerkt de gegevens in het patiëntdossier. Hij bootst de handelingen van een mens exact na."

De tweede pilot vond plaats bij Gynaecologie en had betrekking op de resultaten van de uitstrijkjes die daar binnenkomen via een Zorgdomeinverwijzing. "Die verwijzing komt als brief of bijlage binnen in het EPD, maar niet in het specifieke dossier van de patiënt", vertelt Maartje Nieuwenhuis, informatiearchitect bij het Martini Ziekenhuis. "Nu typt de medisch secretaresse of de zorgverlener, vaak 's avonds, de informatie over ter voorbereiding van het consult. Dat kost onnodig tijd en een typefout is zo gemaakt. De softwarerobot voert deze handelingen uit op het moment dat de patiënt gepland wordt en checkt of de juiste gegevens bij de verwijzing zitten. Zo niet, dan ontvangt de afdeling een mailtje zodat ze de gegevens bij de huisarts kunnen opvragen."

Beide pilots werden succesvol afgerond: niet alleen bleek de inzet van RPA technisch mogelijk, de



Maartje Nieuwenhuis en Edwin Kuipers

afdelingen waren bovendien razend enthousiast. Nu moest alleen de Raad van Bestuur nog overtuigd worden van het nut en de noodzaak van RPA. Dat trof: het Martini ging op dat moment over van HIX 6.1 zelfbouw naar HIX 6.3 standaard content. Met een projectmanager vanuit Zorgverbetersaars die al langer gelooft in de kracht van RPA. Een monstermigratie met een onverbiddele deadline; de ultieme meesterproef voor RPA. Maartje: "Tijdens de migratie bleek dat bepaalde belangrijke data zoals behandelaanwijzingen niet meekwamen. Met behulp van RPA hebben we voor 25.000 patiënten de behandelaanwijzing overgezet." Ook werd het overtypen van zwangerschapskaarten met behulp van RPA geautomatiseerd. Verder werden in totaal duizenden radiologieorders, cardiologieaanvragen en vragenlijsten overgezet door middel van softwarerobots. Al met al scheelde dat tienduizenden uren handmatig overtypewerk. De deadline werd gehaald en de Raad van Bestuur was om. Dit betekent dat de twee softwarerobots van de pilots binnenkort in productie gaan. Daarna komen

andere vraagstukken aan bod die door RPA opgelost kunnen worden.

"Binnen drie seconden zet Aimy de gegevens van zeven patiënten foutloos over in het EPD"

Inmiddels heeft het Martini een apart RPA-team dat nu bestaat uit één RPA-specialist (een medewerker van de ICT-helpdesk die zich heeft laten omscholen), iemand die hem parttime ondersteunt en een parttime procesondersteuner die de procesflow in kaart brengt. "Ik geloof erin om dit met eigen mensen te doen", zegt Edwin. "Daar hebben we vanaf het begin op ingezet. RPA is dure technologie, er zit veel ontwikkeltijd in. Het is niet hetzelfde als programmeren; je ontwikkelt met bouwblokken, met bestaande componenten. Om RPA te >>>

kunnen ontwikkelen, moet je werkprocessen in kaart brengen. Dat is bewerkelijk en dus kostbaar. Dat doe je liever met eigen mensen dan met ingehuurde externen.”

Waar moeten zorginstellingen aan denken als ze RPA willen inzetten? Maartje: “Ik raad aan om goed naar het functionele proces te kijken. Hoe zit het proces in elkaar? Waarom doe je het zo? Kan het ook anders? Wat wil je oplossen met RPA? Vaak is de hoofdlijn van een proces wel duidelijk, die is zo opgesteld. Maar je moet ook alle uitzonderingen meenemen,

en dat kost veel tijd. Een softwarerobot kan immers niet zelf nadenken en informatie interpreteren.”

Naast het oplossen van vele vraagstukken hebben Maartje en Edwin nog één belangrijke toekomstdroom als het gaat om RPA: een landelijke bibliotheek van softwarerobots. Edwin: “Er zijn meerdere zorginstellingen die met RPA werken of die dat willen, en die dezelfde systemen hebben. RPA bestaat uit Legoblokjes die je kunt hergebruiken. Als je die opslaat in een bibliotheek waar iedereen ze kan hergebruiken, dan is dat veel efficiënter.”

TIPS

1. Als je een pilot wilt gaan doen met RPA, denk dan alvast na over wat je volgende project is. Dat voorkomt dat je in een zwart gat valt als de pilot is afgelopen. Als iedereen enthousiast is, moet je snel kunnen doorpakken: smeed het ijzer als het heet is.
2. Zorg dat je interne medewerkers volledig meeneemt. Die kunnen daarna eventueel zelf softwarebots gaan ontwikkelen. Dat is een stuk goedkoper dan externen inhuren. Leg ook goed uit dat RPA hun werk niet afpakt, maar juist leuker en makkelijker maakt door de saaie klussen over te nemen.
3. Kijk niet alleen of RPA technisch kan, maar leg vooral het functionele proces onder de loep.
4. Het hoofddoel van RPA is zorgen voor minder werkdruk en meer werkplezier. Daarnaast zorgt RPA voor een betere datakwaliteit en dus een grotere patiëntveiligheid.
5. Zoek altijd de balans. Voor structurele softwarerobots maak je de afweging: hoeveel werk kost het om het proces in beeld te krijgen en alle mappings goed te hebben, versus: hoe lang doet een medewerker over een bepaalde taak? Voor 200 patiënten is RPA waarschijnlijk niet de moeite, voor 20.000 patiënten loont het zich al snel wel. Bij tijdelijke softwarerobots, voor bijvoorbeeld een migratie, kijk je: is het handig om dit als mens over te zetten of gaan we investeren in een tijdelijke softwarerobot?

Tijd voor een integrale kijk op kwaliteit van zorg

“Kijk je maar naar een enkele dimensie, dan zet je als het ware alle roeiers aan dezelfde kant van de boot. Dat lijkt vooruit te gaan, maar uiteindelijk kom je nergens.”

Door: Jonas Rubrech



Alle verbeteringen beginnen met een plan. Het meest omvangrijke verbeterplan voor de zorg is op dit moment toch wel het Integraal Zorgakkoord (IZA). Kritiek is er voldoende geweest op dit akkoord, zowel vanuit de betrokken sectoren als vanaf de zijlijn. Aan dat laatste wil ik me zeker niet schuldig maken, al is het maar omdat ik vind dat optimisme een noodzakelijke basishouding is om ambities als deze enige kans van slagen te geven. Wel zou ik graag een aanvulling willen doen, in de hoop dat dit partijen in de uitvoering helpt om de duurzame impact te maximaliseren. Een integrale kijk op kwaliteit van zorg, waarmee de I van IZA nog wat meer betekenis krijgt.

Van Rijksoverheid.nl: “In het Integraal Zorgakkoord staan afspraken tussen de overheid en een groot aantal partijen in de zorg. Het doel is de zorg in Nederland te verbeteren en voor te bereiden op de toekomst.” Het gaat dus om verbeteren. Wat gaan we dan verbeteren? Een logisch antwoord lijkt: kwaliteit. Niet voor niets staat het op de website van de Rijksoverheid onder het kopje ‘Kwaliteit van Zorg’.

Het woord kwaliteit komt maar liefst 187 keer voor in het IZA, vooral als ‘beste kwaliteit’, ‘goede kwaliteit’ of simpelweg ‘de kwaliteit van zorg’. Dat doet vermoeden dat we allemaal wel weten wat daarmee bedoeld wordt. De vraag is of dit wel zo vanzelfsprekend is. Een duiding van het begrip kwaliteit of een visie daarop ontbreekt. Ook wordt kwaliteit van zorg geplaatst naast betaalbaarheid en toegankelijkheid als de drie speerpunten van het akkoord. Maar waarom zijn dat drie losse dingen? Waarom is betaalbaarheid geen integraal onderdeel van kwaliteit? Je kunt kwaliteit immers niet los zien van de prijs die je bereid bent ervoor te betalen. Idem voor toegankelijkheid: is ontoegankelijke zorg niet per definitie slechte zorg? Het risico bestaat dat initiatieven zich richten op een van de drie en daarmee verbeteringen op het ene onderwerp kunnen leiden tot verslechtingen op het andere waardoor we er netto weinig mee opschieten.

Overigens geldt dit niet alleen voor het IZA; vaker wel dan niet wordt gefocust op verbetering van een enkel aspect, zonder te kijken naar andere aspecten die de kwaliteit van zorg evenzeer beïnvloeden. Denk aan de vele trajecten die enkel gericht zijn op efficiëntie of kosten. Als je een auto koopt kijk je ook niet de ene keer naar de betrouwbaarheid, de andere keer naar de >>>