Verbeteren in beeld

Projecten 2019

Editie 6

Voorwoord

Inleiding

Voor het zesde jaar brengen we dit Lean Six Sigma projectenboekje uit. We hopen dat de vele mooie voorbeelden jullie inspireren om een tweede, derde of vierde project op te starten. Continu verbeteren begint aardig in ons DNA te komen!
Zeker 35 % van onze organisatie is opgeleid tot Yellow, Orange, Green of Black Belt. Het werken met een zogenaamde dagstart, dag-evaluatie en het structureel stilstaan bij de prestaties en het verbeterpotentieel van de afdeling, wordt steeds meer gemeengoed. Ook hebben inmiddels acht afdelingen van de kliniek de Mijn-Tent-is-Lean-award ontvangen, met het inrichten van een gestandaardiseerde en veilige werkomgeving. We proberen onze blik scherp te houden op verspillingen en onnodige handelingen. Dat levert meer veiligheid en tijd op. Tijd die we beter kunnen benutten voor onze patiënten en onze eigen ontwikkeling.
Dat is onze missie! Continu verbeteren van de zorg voor elke medewerker, laagdrempelig en aantrekkelijk maken. Met het winnen van de Lean-in-de-Zorg-Jaarprijs hebben we het '*Rondje Observeren*' geïntroduceerd. Een makkelijk hulpmiddel om elkaar te helpen bij het signaleren van verbeterpotentieel. Door oordeelsvrij en met een open blik een kijkje in elkaars keuken te nemen, ontstaan de mooiste inzichten. Het zijn immers de (zorg)professionals die het dagelijks contact met de patiënt hebben en het beste weten wat al goed gaat of nog een beetje beter kan. Onderlinge verbinding en gezamenlijke focus zijn een sleutel tot succes. Het management is inmiddels ook gestart met het verbetergesprek in een zogenaamde Focus room. Dat is een soort cockpit, waar je gezamenlijk kan bespreken hoe je ervoor staat en waarop bijgestuurd kan worden.
Onze volgende stap is ook verbeterprojecten buiten de poorten van het ziekenhuis. In tijden waarbij de zorgvraag toeneemt, de zorgkosten stijgen en de arbeidsmarkt krap is, zullen we meer met de eerste en derde lijn moeten kijken hoe we de zorg slim organiseren. Komend jaar willen we ons ook richten op doelmatigheidstrajecten in de keten. Naast ziekenhuisbrede of regionaal overstijgende trajecten, blijven we uiteraard investeren in daar waar het dagelijks echt gebeurt! Dicht bij de patiënt. We streven naar vaste ambassadeurs en coaches binnen elke organisatie eenheid.
Verbinden, verdiepen en verbreden. Samen verbeteren we de zorg.
Veel leesplezier!

Namens de unit Procesmanagement & Verbeteren, stafdienst Kwaliteit,
Ton Tiebosch en Suzanne Kars

Inhoudsopgave

Voorwoord..... 1
Speerpunten unit Procesmanagement en Verbeteren 4
Aanpak van de LSS projecten..... 5
Lean reis Martini Ziekenhuis Groningen..... 6
Lean in de zorg jaarcongres 2019..... 8
Pilot Sturen op kwaliteit..... 10
Mag ik bij jou op de stip? 12
Postermarkt 2019..... 14
Leer- en verbeterbijeenkomst..... 16
Mijn Tent is Lean..... 18
Infographic om patiënten te informeren over operatief proces..... 19
Werkbezoek voor interne medewerkers en externe gasten..... 22

Projecten

Orange Belts *24*
- Verkorten verblijfsduur geplande keizersnede..... 25
- Verbeteren communicatie met betrekking tot afhandeling storingsmelding aan Technische Dienst buiten kantoortijden..... 26
- Verhogen animo uitslaggesprek DEXA scan op poli Geriatrie..... 27
- Patiënten informatie dossier (PID) altijd bespreken met CVA-patiënt en mantelzorger.. 28
- Sneller factureren door 42% minder logboek fouten..... 29
- De veiligheid en gezondheid voor de medewerkers verbeteren omtrent de HE kleurmachine op het histologische lab..... 30
- Reduceren van het aantal foutieve aanmeldingen van intake patiënten van de afdelingen Medische Psychologie en Psychiatrie..... 31
- Telemonitoring bij ICD patiënten met een CRT-D device..... 32
- Verbetering inschrijving onverzekerde patiënten op de SEH..... 33
- Minder lang zoeken naar navragen..... 34
- Patiënt met ECG op tijd in de spreekkamer van de cardioloog..... 35
- Reduceren van voedselverspilling van de warme maaltijd..... 36
- Reduceren van verspilling van pap..... 37
- Piekbelasting in de ochtend voor de cytologische analist..... 38

Green-Black Belts *39*
- Lopend naar OK..... 40
- Efficiënt visite lopen (doe je samen); kwaliteit voor de patiënt!..... 41
- Continue verbeteren bij Endoscopie..... 42
- Doordoseer systeem diabetes medicatie in Hix; veiligheid voor de patiënt (vervolg op project klinische diabetes)..... 43
- Voorspelbare aanvoer (op de Pathologie)..... 44
- 100% Tijdige labuitslagen bloedchemie ten behoeve van voorbesprekingen/visites in verband met juiste beleidsbepaling..... 45

Adviestrajecten *46*
- Spoedstromen cardiologie patiënt..... 47
- Verbeteren integrale ketensturing/C-bogen OK (deelproject van het project Offline Planning 2.0)..... 48
- Veilige en geborgde diabetes zorg aan de patiënt in de kliniek..... 49

Referenties..... 50
Hoe blijf je op de hoogte? 52

Speerpunten unit P&V

Missie

Wij ondersteunen en stimuleren onze collega's in de dagelijkse praktijk om grip te houden op hun processen, prestaties en risico's, zodat zij continu hun kwaliteit kunnen verbeteren en aantoonbaar waarde toevoegen voor patiënten en stakeholders

Visie

In 2020 heeft de unit Procesmanagement en Verbeteren het doelgericht en procesgericht werken aantrekkelijk gemaakt voor iedere (zorg)professional met als doel het potentieel van alle medewerkers dagelijks te benutten bij het samen verbeteren van de zorg.

Speerpunten 2020

1. Medewerkers stimuleren om meer invloed te kunnen uitoefenen bij het sturen en verbeteren van hun dienstverlening op operationeel niveau
2. Doorontwikkelen van leer- en verbetercultuur
3. Bijdrage aan duurzame doelmatigheidsdoelstellingen door onder andere het optimaliseren van de keten
4. Positionering Unit Procesmanagement & Verbeteren als partner in strategische planvorming & besturing organisatie

Aanpak van de LSS-projecten

Met de **DMAIC** krijgen de verbetertrajecten een vaste structuur. Per fase zijn er verschillende activiteiten uit te voeren en producten op te leveren.

1. **Definiëren:** Definiëren van het probleem en opstarten van het project
2. **Measure:** Meten en verzamelen van feiten
3. **Analyse:** Analyseren van de feiten; wat zijn de kernoorzaken van het probleem?
4. **Implementeren**: Genereren en invoeren van verbeteringen
5. **Controleren:** Borgen van de verbeteringen en afsluiten van project

Leanreis Martini Ziekenhuis Groningen

2011-2012
Introductie six sigma in MZH
- 3 pilot projecten
- Opleiden Green Belts
- Opleiden Champions
- Ontwerpen 3 pijlers
  LSS/ Zorglogistiek/ Lean

2013 – 2014
Introductie lean denken/ doen
- Yellow/ Orange belt training; introductie verbeterbord
- Symposium/ projectenboekje
- Leer-en verbeterbijeenkomsten
- Ontwikkeling zorgpaden
- Lean in MD programma

2015
Integratie Lean / LSS
- Scholing verbeterdialoog (prestatie- verbeterbord)
- Lean en verbeteren voor nieuwe medewerkers
- Lean en LSS gecombineerd bij Mammacare
- F&Z Policy Deployment traject

2016
Meenemen van artsen
- Integratie innovatie in besturing/ herijking structuur
- Integrale ondersteuning afdelingen
- Integratie met MIP
- Artsen Liverpool Lean reis
- Continu verbeteren nieuwe artsen

2017
Continu verbeteren
- Opgeleide Black Belts Lean/ LSS
- Opleiding medisch managers (bedrijfsvoering en processen)
- Groeimodel ontwikkelt
- Proefaudit Q-mentum; kwaliteit borden
- 5S; “Mijn tent is lean”
- Veel vraag coaching/ verbeteren

een santeon ziekenhuis

Leanreis Martini Ziekenhuis Groningen

2018
Interne en externe ketenprocessen
- Projecten o.a. Certe, Ambu, MSVT, Lopen naar OK
- Aansluiten bij VBHC
- Kaizen (gezamenlijk focus op continue verbetering)

2019 - …….
Continu verbeteren en innovatie
- Obeya/ Focus room
- Meer betrekken klant bij projecten/ bijeenkomsten
- Samenwerking met ICM
- Rondje observeren
- Dagstarts en sturen op en verbeteren van kwaliteit
- Patiëntreis

een santeon ziekenhuis

Lean in de zorg jaarcongres 2019

MZH wint Lean in de Zorg jaarprijs met 'Rondje Observeren'

Op 8 november vond het jaarlijks Lean in de Zorg congres plaats. Met een diverse groep van 14 medewerkers zijn we met twee busjes vanuit het Martini Ziekenhuis naar het Leerhotel het Klooster in Amersfoort afgereisd voor een dag vol inspiratie, nieuwe inzichten en netwerken met andere organisaties. Het thema was Bezieling & Verdieping en het programma werd afgewisseld door plenaire sessies en workshops. Eén van de plenaire sessies werd verzorgd door De Vrije Denkers, welke met een frisse energie de zaal aan het werk zetten. Een aantal zaken die zij meegaven: focus je op de startlijn in plaats van de finishlijn, zorg voor een heldere bedoeling en focus je op beweging in plaats van het doel.

Ook het Martini verzorgde een workshop. Patrick Wennekes en Monique Durenkamp hebben eerder vanuit het Lidz netwerk € 10.000 beschikbaar gekregen om een product te ontwikkelen waar alle zorginstellingen gebruik van kunnen maken. Dit hebben zij gedaan: het Rondje Observeren. De methode is er opgericht om te kijken naar verspillingen en knelpunten binnen een afdeling en is een manier van Continu Verbeteren. Alle ruim 60 zorginstellingen hebben een Rondje Observeren gekregen en kunnen deze gebruiken in hun organisatie.

Tijdens de posterpresentaties werd op 21 november de stip officieel geïntroduceerd in het Martini Ziekenhuis door Ton Tiebosch.

MONIQUE DURENKAMP
PATRICK WENNEKES
MARTINI ZIEKENHUIS
Rondje Observeren

BEDANKT
bedankt
Lidz 2019

Voorraad
Defecten
Rondje Observeren

Observe and ask why

Sturen op kwaliteit

Kennismaken met sturen op kwaliteit door regieverpleegkundigen

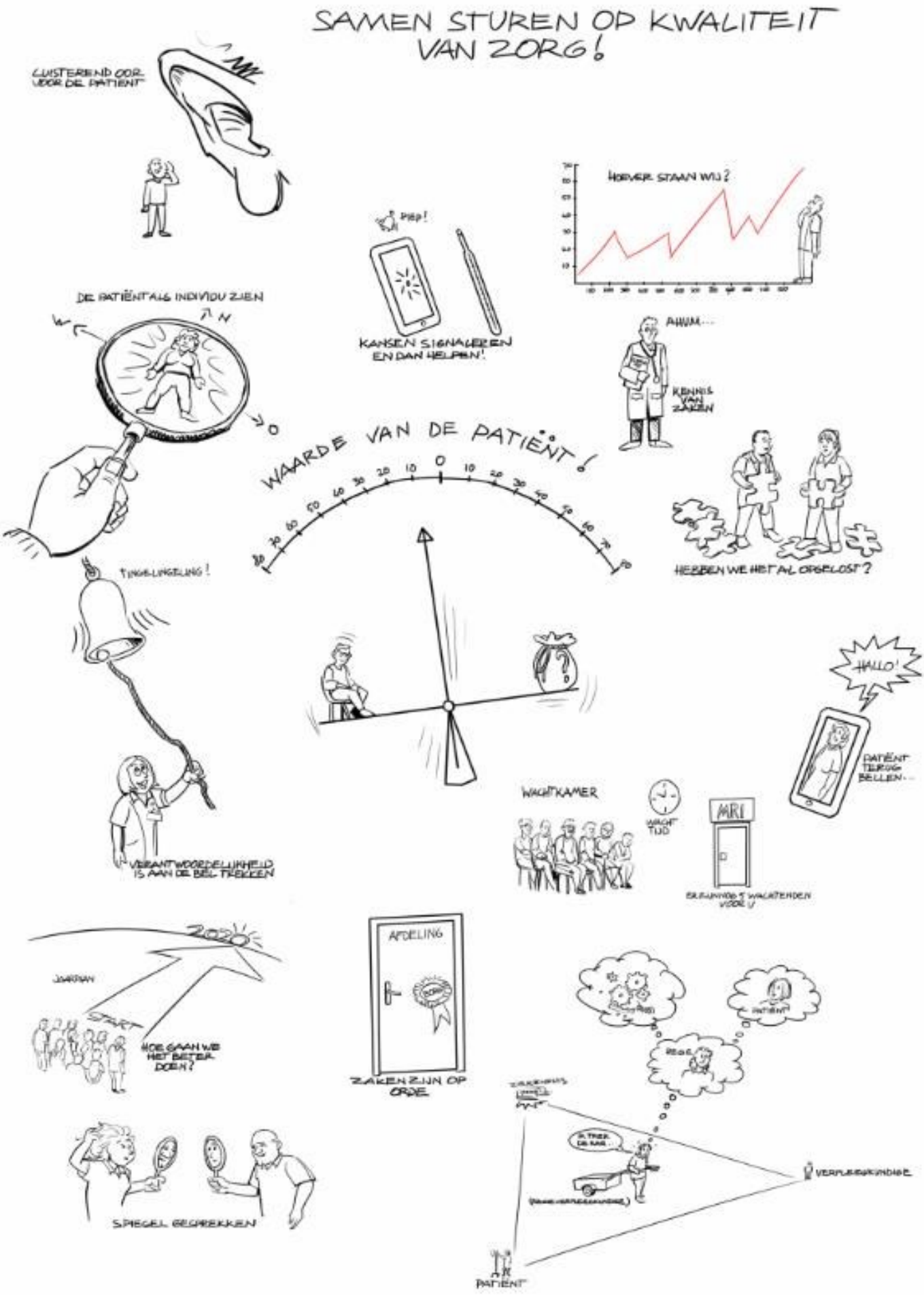
Hoe krijg je als regieverpleegkundige grip op de dag? Welke informatie heb je nodig om iets te kunnen zeggen over de kwaliteit van zorg? Hoe wordt de patiënt hierbij betrokken?

Eind 2019 gaven Ingrid Wierenga en Elise Vliem een training over continu verbeteren en sturen op kwaliteit aan de groep regieverpleegkundigen van de afdelingen 1D, 2B en 3C. Deze training was bedoeld als pilot om samen te ervaren of deze opgenomen zou moeten worden bij de training functiedifferentiatie, verpleegkundig leiderschap.

Voor de training hadden de regieverpleegkundigen de opdracht gekregen om bij een aantal patiënten op de afdeling te vragen wat voor hen waarde van zorg is. Een luisterend oor, rust, tijd vanuit de verpleegkundige en vanuit de specialist, inspraak in het proces en het hebben van één aanspreekpunt tijdens de opname zijn zaken die door patiënten genoemd werden.

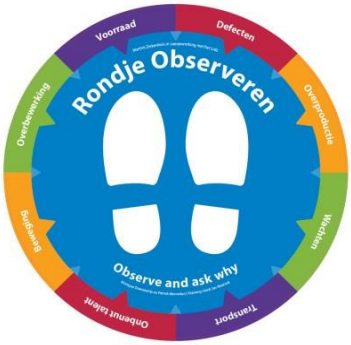
De verpleegkundigen hebben ook aan kunnen geven wat zij vooral van belang vinden bij het sturen op kwaliteit. Er is door een tekenaar een tekening gemaakt van de waarde voor zowel patiënt als verpleegkundige, welke aan de drie afdelingen is gegeven (zie hiernaast).

De ervaringen vanuit de trainingen en de evaluaties zijn gebundeld en op basis hiervan is er een advies richting de Martini Academie gestuurd deze training op te nemen in de module Verpleegkundig Leiderschap. De input voor het sturen op kwaliteit wordt meegenomen in het project dat gaat over het faciliteren van het kwaliteitsgesprek in de kliniek. Dit project wordt geleid door Elise Vliem en is in samenwerking met Sjoukje Heidstra, Frouwkje Prins, Sandra Timmerman en Sandra Hamminga.


SAMEN STUREN OP KWALITEIT VAN ZORG!
LUISTEREND OOR VOOR DE PATIENT
PIEP!
KANSEN SIGNALEREN EN DAN HELPEN!
HOEVER STAAN WIJ?
DE PATIËNT ALS INDIVIDU ZIEN
AHUM...
KENNIS VAN ZAKEN
WAARDE VAN DE PATIËNT
HEBBEN WE HET ALLEMAAL OPGELOST?
TINGELINGELING!
VERANTWOORDELIJKHEID IS AAN DE BEL TREKKEN
HALLO!
PATIËNT TERUG BELLEN...
WACHTKAMER
WACHT TIJD
MRI
2020
JAARPLAN
START
HOE GAAN WE HET BETER DOEN?
AFDELING
ZAKEN ZIJN OP ORDE
SPIEGEL GESPREKKEN
VERPLEEGKUNDIGE
PATIËNT

Mag ik bij jou op de stip?

Mag ik bij jou op de stip? Een Rondje Observeren



'Stilstaan en kijken wat er gebeurt om je heen. Zonder oordeel, je kunt er enorm veel van leren. Ik sta nu hier in de foyer bij ingang Zuid en wat zie ik? Daar staan allemaal mensen. Hier zie ik borden met posters… en deze ballonnen zijn heel feestelijk, maar is dat geen verspilling?' Ton Tiebosch stapte tijdens de leer en verbeter-bijeenkomst deze week zelf op 'de stip' . En daarmee gaat het Rondje Observeren binnen het Martini Ziekenhuis van start *(nov 2019).*

Wat houdt "Rondje Observeren" precies in?

Het concept Rondje Observeren blinkt uit in eenvoud. Vanaf een ronde mat observeer je gedurende twee uur verschillende aspecten van een proces. Het Rondje Observeren maakt gebruik van de zogeheten Ohno Circle, waarbij verspillingen en knelpunten in zorgprocessen kunnen worden opgespoord. De verspillingen zijn:

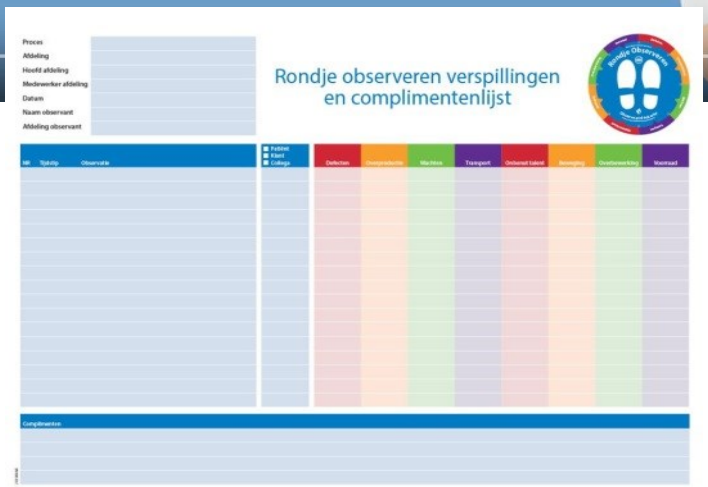
- Beweging (zoeken naar een dossier)
- Overbewerking (dubbele administratie)
- Voorraad (medicatie of voeding die over datum raakt)
- Defecten (onjuist ingevulde formulieren, no show patiënt)
- Overproductie (overbodige onderzoeken)
- Wachten (lange wachttijd patiënt)
- Transport (patiënt van de ene naar de andere afdeling)
- Onbenut talent (gerapporteerde problemen krijgen geen opvolging).

Ohno cirkel ook voor andere zorginstellingen

Het woord Ohno komt van Taiichi Ohno, één van de grondleggers van Lean bij Toyota. Hij introduceerde de Ohno cirkel, waarbij nieuwe medewerkers een bepaalde periode een proces in de fabriek moesten observeren.

Aan de slag

Met behulp van een instructie video, https://youtu.be/UQMblS5qnoQ (*google: Rondje Observeren*) en een instructieboekje kan iedereen die het wil een rondje observeren. De resultaten van de observatie worden besproken met de leidinggevende en collega's van de afdeling waar geobserveerd is. Het is de bedoeling dat de mat vervolgens wordt doorgegeven zodat er een rondje door het Martini ontstaat.



Mag de stip bij jou op de afdeling of wil jij zelf een rondje observeren?
Meld je dan aan via lss@mzh.nl

Postermarkt 2019

Postermarkt 2019

Donderdag 21 november stond de foyer in het teken van leren en verbeteren. Voor alweer het zevende jaar organiseerde de unit Procesmanagement en Verbeteren de postermarkt. Met trots presenteerden de Orange-, Green- en Black Belts van verschillende afdelingen hun verbeterinitiatieven, van de OK tot de Pathologie, van de keuken tot de zorgregistratie. In totaal hingen er circa 30 posters.

Een greep uit de onderwerpen van de projecten: opslag en zoeken van coupes in koelkasten verbeteren, reduceren van de verblijfsduur primaire/secundaire sectio, reduceren piekbelasting in de ochtend voor de cytologisch analist, reduceren van voedselverspilling van de warme maaltijden, optimalisatie van de integrale ketensturing, efficiënt visite lopen, veilige en geborgde klinische diabetes zorg, lopend naar de OK, facturering onverzekerde patiënten SEH verbeteren, foutmeldingen DBC registratie verminderen, spoedstromen Cardiologie, Mijn Tent is Lean en nog vele andere projecten.

Eén van de deelnemers aan de Orange Belt opleiding is kok Dirk Ooms. Hij heeft zich gericht op het reduceren van verspilling van pap. Dirk geeft aan dat bij het ontbijt bijna de helft van de pap terugkomt naar de keuken. Bij de lunch is dit zelfs bijna 67%. “Dit is natuurlijk hartstikke zonde, het is onnodige verspilling van eten en arbeid. Door inzicht te krijgen in de grondoorzaken van de verspilling, hebben we nu al stappen kunnen maken door een pilot te starten en pap te leveren in kleinere bekers, in plaats van grotere gamellen. Uiteindelijk hopen we de verspilling terug te brengen naar maximaal 20 procent.”

Voor een aantal projectleiders was het een extra bijzonder moment: zij doorliepen de Orange Belt training en kregen het certificaat van deelname uitgereikt uit de handen van unithoofd van P&V Suzanne Kars.

Al met al kan er terug worden gekeken op een zeer geslaagde middag. Mooi om te zien hoe er gezamenlijk en toegewijd wordt gewerkt aan het continu verbeteren van de bedrijfsprocessen binnen ons ziekenhuis. Samen voor de beste zorg, dat er nog vele mooie verbeteringen mogen volgen!

Leer-en verbeterbijeenkomst

" Mooi om te ontdekken dat de sprekers zich zo kwetsbaar op durven te stellen; hier begint het leren!"

De unit Procesmanagement en Verbeteren organiseerde in november, met hulp van de unit Kwaliteit & Veiligheid, de leer- en verbeterbijeenkomst 'Patiëntveiligheid door de ogen van.... patiënt, verpleegkundige en arts' in vergaderzaal geel. Ruim 50 mensen waren daarbij aanwezig. Hartpatiënt Dayenne Zwaagman, verpleegkundige Frouwkje Prins en chirurg Steffan Rödel gaven hun visie over patiëntveiligheid. Ondertussen kon het publiek ook nadenken over wat hen van de ervaringen het meest is bijgebleven, wat ze vooral willen vasthouden of anders willen gaan doen in hun werk en wat er nodig is om de patiëntveiligheid verder te verhogen.

Dayenne Zwaagman trapte de spits af met haar persoonlijke en indrukwekkende levensverhaal als hartpatiënt. Ze leeft al 36 jaar met een half hart. In haar jonge jaren onderging ze meerdere zware operaties, waarbij ze ook een hartstilstand overleefde en een infarct. Ze gaf niet alleen een inkijk in haar leven, maar ook haar ervaringen als patiënt en de communicatie met artsen en verpleegkundigen. Daarin benadrukte ze de rol van de patiënt als ervaringsdeskundige. "Een arts leert 12 jaar om een hart te begrijpen, ik probeer er mijn hele leven al mee om te gaan". Ze gaf daarnaast ook nog mooie voorbeelden van hoe ze zelf de eigen regie over haar lichaam kreeg, gehoord werd en zelfs bijdroeg aan het verbeteren van zorg voor mensen met een aangeboren hartafwijking.

Durf, lef en leiderschap waren de rode draden in de bevlogen presentatie van unithoofd in opleiding en verpleegkundige Frouwkje Prins. Met praktijkvoorbeelden liet zij zien hoe je met de patiënt, de collega of een afdeling naar het proces kunt kijken en verbeteringen kunt doorvoeren. Daar is vertrouwen en openheid voor nodig, maar ook de nodige dosis lef. Door te beginnen, te doen en te leren van elkaar en andere afdelingen kun je jezelf en je team verder ontwikkelen. Net zoals de patiënt het fijn vindt om zijn verhaal te doen, moet er ook ruimte zijn voor jouw verhaal en dat van je collega's. Niet om iemand de schuld toe te wijzen, maar om juist met zijn allen van te leren.

Een veilige cultuur is nodig

Tot slot ging Steffan Rödel in op de veilige cultuur die nodig is om elkaar aan te spreken als het niet goed (dreigt) te gaan. We werken als een team met eigen expertise en verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de patiënt. Steffan gebruikte voorbeelden vanuit de ruimtevaart en luchtvaart waarbij hij aangaf dat het werken in een ziekenhuis complexer is. Volgen van standaard procedures / protocollen geeft houvast en bevordert de veiligheid, maar ze moeten geen uitgebreide lijstjes zijn die klakkeloos afgevinkt worden. Een goed voorbeeld is de time-out procedure op de OK; hierbij "eist" Steffan een goede voorbereiding en volledige aandacht van alle disciplines. De interesse in de patiënt, het daadwerkelijk kennen van de voorgeschiedenis van de patiënt en het altijd van tevoren zien van de patiënt voor de OK en daarna op de afdeling, laten de betrokkenheid van Steffan met zijn patiënten goed zien.

Wat leren we van de ervaringen?

De input vanuit de zaal ten aanzien van het verbeterpotentieel ten behoeve van patiënten en medewerkers van het MZH is doorgegeven aan de betreffende afdelingen.

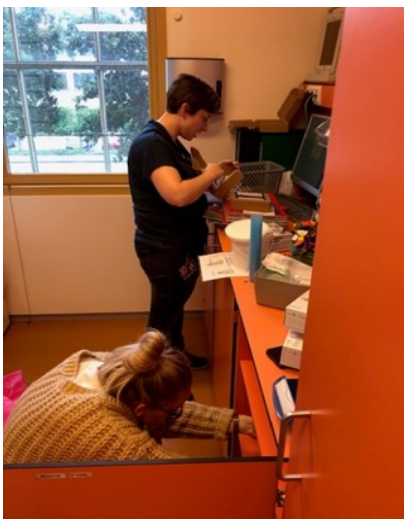
Mijn Tent is Lean

Mijn Tent is Lean: derde fase

Sinds 2017 zijn we bezig met het Lean inrichten van verpleegafdelingen en inmiddels zijn we toe aan de derde en laatste fase in het programma. Het doel van mijn Tent is Lean is om verspillingen in de dagelijkse werkprocessen te reduceren. Dit draagt bij aan effectief en efficiënt werken, wat helpt voor meer directe patiënt tijd. Bij verspillingen kun je denken aan wachten op iemand, lopen naar de achterste berging van de afdeling of het zoeken naar bepaalde hulpmiddelen die je nodig hebt.
In 2017 en 2018 zijn al twee fases geweest, waarbij ongeveer twee derde van de kliniek Lean is ingericht. Zorgprofessionals die op deze afdelingen werken geven terug dat zij niet alleen minder tijd kwijt zijn met zoeken, maar dat ze ook meer rust ervaren bij het starten van een dienst doordat de gangen er opgeruimd uit zien.

Het Lean inrichten van een verpleegafdeling doen we natuurlijk samen met de mensen die er werken. Er wordt een 5S team gevormd, met diverse mensen vanuit verschillende functies die het leuk vinden om drie dagen aan de afdeling te werken. We doen dit volgens de 5S methode. Dit is een methode die uit een aantal stappen bestaat: sorteren, schikken, schoonmaken, standaardiseren en standhouden. In de drie dagen worden de 5S'en bij langs gelopen door het team. Elke ruimte wordt bij langs gegaan en er worden bijvoorbeeld vaste plekken bedacht voor hulpmiddelen in de bergingen. Ook wordt het verpleegkundig materiaal in de kasten met behulp van de ABCDE-methode ingericht door de medewerkers van de CLE. De ABCDE-methode is een werkwijze waarbij hulp wordt verleend met het principe "treat first what kills first". Op alle afdelingen worden de kasten op dezelfde manier ingericht met behulp van kleuren.

In de laatste fase van Mijn Tent is Lean zitten de afdelingen 1D, 2A, 2F, 2G, 3H en het CCU. 1D is in september 2019 al van start gegaan en is nu bezig met het uitvoeren van de laatste acties. In februari start 2A en in maart de CCU. In april zullen 3H, 2F en 2G van start gaan met Mijn Tent is Lean.
Als je meer wilt weten, vraag gerust aan Elise Vliem.



Infographic om patiënten te informeren over operatief proces

Als patiënten horen dat zij geopereerd moeten worden, hebben zij vaak geen idee wat er staat te gebeuren. Er is wel informatiemateriaal, maar dit voorziet niet in de behoefte aan overzicht. Daarom is vanaf de 2e week van januari 2020 een infographic beschikbaar. Dit is een overzicht met plaatjes die laat zien welke stappen vooraf gaan aan een geplande operatie (zie de volgende pagina's).

De infographic is een initiatief van de afdelingen Procesmanagement & Verbeteren en Marketing & Communicatie. Samen met collega's van de poliklinieken, het Preoperatief Spreekuur, de Opnameplanning en de Receptie hebben zij de patiëntreis in kaart gebracht, vanaf het moment dat iemand te horen krijgt dat een operatie nodig is, tot en met het moment dat iemand na de operatie op de verpleegafdeling komt.

Projectleider Monique Durenkamp: 'Het traject voor een operatie is best complex. Ik vind het dan ook heel begrijpelijk dat patiënten hier onzeker van worden en stress van krijgen. Het zou mooi zijn als we dat kunnen verminderen. Mijn verwachting is dat de infographic de patiënt gaat helpen zelf regie te houden en beter voorbereid te zijn.'

Uitreiken op polikliniek

De infographic wordt uitgereikt op de polikliniek, omdat de patiënt hier van de medisch specialist hoort dat hij geopereerd moet worden. Op de Opnameplanning, waar de patiënt aansluitend naartoe gaat, worden de stappen in de patiëntreis aan de hand van de infographic toegelicht. Bij alle stappen is vermeld waar de patiënt meer informatie kan vinden, bijvoorbeeld in de afspraakbrief, de opnamebrief of via een telefoonnummer.

Starten met Orthopedie

De infographic wordt in januari en februari bij wijze van proef gebruikt voor Orthopedie-patiënten. Daarna volgt evaluatie. Daarbij wordt ook aan patiënten gevraagd of en in welke mate zij de informatie als helpend hebben ervaren en wat verbeterd kan worden. Mogelijk zijn nog aanpassingen nodig. Het plan is de infographic vanaf april uit te reiken aan alle patiënten die via de Opnameplanning worden ingepland voor een niet-spoedeisende operatie.

Meer informatie bij Monique Durenkamp, projectleider unit Procesmanagement & Verbeteren.

Uw operatie in het Martini Ziekenhuis

Polikliniek

Afspraak met de medisch of verpleegkundig specialist

Afspraakbrief

Eventueel aanvullend onderzoek

Afspraakbrief

1

Opnameplanning

U krijgt informatie over uw operatie en de wachttijden – geef aan wanneer u niet beschikbaar bent

Opnameplanning

Open op werkdagen van 8.00 tot 16.30 uur (zonder afspraak)

Chirurgie	(050) 524 5125
Orthopedie	(050) 524 6115
Plastische Chirurgie	(050) 524 5115
Gynaecologie	(050) 524 5115
Urologie	(050) 524 5115
Oogheelkunde	(050) 524 5115
KNO	(050) 524 5115

2

Thuis

U heeft inmiddels een operatie-datum of u ontvangt hierover nog een brief

Lees de brochures

Verder **moet** u vragenlijst(en) invullen via patiëntenportaal Mijn Martini

(050) 524 5451

3

3

3

Preoperatief Spreekuur

U volgt deze stappen:

1. **Secretariaat:** controleert uw gegevens en maakt eventuele vervolgafspraken
2. **Apothekersassistent:** controleert uw medicatie
3. **Spreekuurassistent:** controleert uw lichamelijke conditie
4. **Anesthesioloog/medewerker:** geeft uitleg over de verdoving en maakt hierover afspraken
5. **Verpleegkundige:** maakt afspraken over voorbereiding op uw operatie, uw verblijf in het ziekenhuis en de nazorg

(050) 524 5451

Eventueel: Transferpunt voor Nazorg

U regelt de zorg die u nodig heeft na de ziekenhuis-opname (thuis of elders)

(050) 524 5021

Open op werkdagen van 8.00 tot 16.30 uur (zonder afspraak binnenlopen)

Eventueel: aanvullend onderzoek en/of informatie

Afspraakbrief

Eventueel: Opnameplanning

U krijgt informatie over uw operatie en de wachttijden

Opnameplanning

Open op werkdagen van 8.00 tot 16.30 uur (zonder afspraak binnenlopen)

4

Thuis

U leest de brochure en de patiënt-veiligheidskaart nog eens door en kijkt of u goed voorbereid bent

Opnameplanning

Operatie afzeggen of doorgeven wanneer u niet beschikbaar bent: bel met Opnameplanning

(050) 524 5451

Vragen over uw operatie of wijzigingen in uw medische situatie: bel met Preoperatief Spreekuur (van 8.00 tot 16.00 uur)

5

20190961

Dag van de operatie

Thuis

U weet op welke datum en tijd u in het ziekenhuis wordt verwacht

U volgt de instructies voor niet-eten en niet-drinken (nuchter zijn) en (eventueel) medicijngebruik

U controleert wat u nodig heeft in het ziekenhuis

Opnamebrief

Apotheek (050) 524 5700

6

Receptie centrale hal

U meldt zich hier op het afgesproken tijdstip

De receptionist verwijst u naar de verpleegafdeling

Opnamebrief

Eventueel: bloedonderzoek

7

Verpleegafdeling

U krijgt van de verpleegkundige informatie over wat er gaat gebeuren

8

8

Operatiecentrum

De verpleegkundige brengt u naar de voorbereidingsruimte

De anesthesiemedewerker doet een aantal voorbereidingen

Op de operatiekamer maakt u kennis met het team dat u gaat opereren

Na de operatie gaat u naar de uitslaapkamer. Daar belt de recoveryverpleegkundige met uw contactpersoon

9

Verpleegafdeling

U krijgt van de verpleegkundige informatie over wat er gaat gebeuren

De verpleegkundige belt nog een keer met uw contactpersoon

U krijgt op de verpleegafdeling de zorg die nodig is na de operatie

Wij wensen u een goed verblijf!

Werkbezoek MZH voor interne medewerkers en externe gasten

Gemba
Bezoeken van de dagelijkse werkvloer.

Doel
Praktische inzichten opdoen, leren van elkaar (-s werkwijze) en inspireren op het gebied van Lean voor zowel interne medewerkers als externe gasten.

Doelgroep
Geïnteresseerde interne medewerkers maximaal 6
Externe gasten maximaal 12

Werkbezoek opties
Dagstart; Ohno stip; verbeterbord; OK; Mijn Tent is Lean; Focusroom

Data 2020
12 Maart en 29 September

Tijd
14.30 – 17.00 uur

Opgave
via lss@mzh.nl

GGZ werkbezoek MZH 31 oktober 2019

Zorgplein Noord werkbezoek MZH 20 juni 2019

Werkbezoeken en Martini on Tours

Isala en Zilveren Kruis bezoek 11 april 2019

Martini on tour Kadaster en Vogellanden
Kliniek Zwolle 25 september 2019

Projecten

Orange Belts

Verkorten verblijfsduur geplande keizersnede

fijn voor de patiënt, goed voor de organisatie

Definiëren

Na een keizersnede verblijven patiënten in het Martini Ziekenhuis (MZH) vaak langer in het ziekenhuis dan keizersnede patiënten in de andere Santeon ziekenhuizen. Dit langere verblijf draagt mogelijk niet bij aan kwalitatief betere zorg.

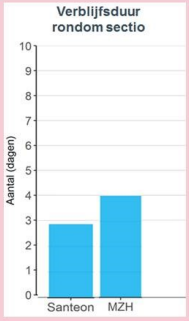
Doelstelling: het verkorten van de mediaan 'verblijfsduur rondom *geplande* keizersneden'

→ patiënt kan eerder naar huis om daar in rust verder te herstellen

→ personeel van de kraamafdeling kan zich richten op de hulpvragen van de andere patiënten

Er wordt niet naar *spoed* keizersneden gekeken omdat van die patiënten de start van de bevalling heel divers is en daarmee ook de verblijfsduur.

Meten



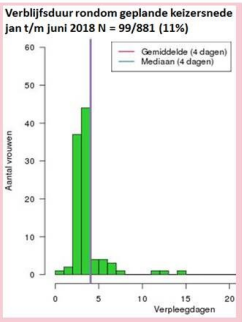
Vijf van de zeven Santeon ziekenhuizen hebben een mediaan van <=*3* dagen

De mediaan op Santeon niveau is *nog geen 3* dagen

MZH heeft een mediaan van *4* dagen

Januari t/m juni '18:
59 vrouwen verblijfsduur >=*4* dagen rondom geplande keizersnede

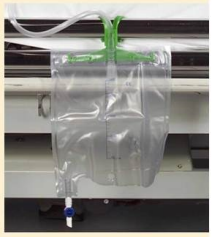
Klinische bevallingen MZH:
11% geplande keizersnede



Analyseren

Oorzaken

- Geen noodzaak te **mobiliseren** doordat patiënt katheter heeft
- Verwijderen **katheter** 2e dag na de keizersnede, terwijl katheter eerder verwijderen ook verantwoord is
- Voor en na keizersnede onvoldoende actief **verwachtingenmanagement** van patiënt m.b.t. verblijfsduur



Verbeteren

Mobiliseren

- *Katheter* eerder verwijderen waardoor patiënt eerder gemotiveerd is te mobiliseren vanwege toiletbezoek

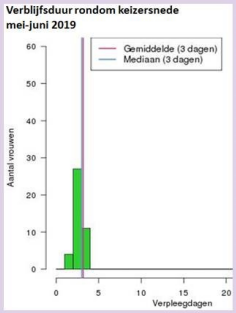
Katheter

- *Protocol* aanpassen: katheter 1e dag na keizersnede verwijderen (protocol 'sectio spoed of gepland, de huid-op- huid procedure (versie 9)' aangepast voorjaar 2019)
- Terugkerend *agendapunt* werkoverleg kraamafdeling

Verwachtingenmanagement

- *Protocol* 'sectio voorlichting' aanpassen
- *Afvinklijstje* laatste polibezoek aanpassen en communiceren
- *Presentatie* 'voorlichtingsavond aanstaande ouders' aanpassen
- (Nieuwe) *afspraken* voorlichting 'te verwachten verblijfsduur na geplande keizersnee':
  - Mailen of meegeven folder
  - Kraamafdeling patiënt actief informeren over te verwachten verblijfsduur
- *Vinkje* 'bespreken te verwachten verblijfsduur' toevoegen aan sectio actie planning

Controleren

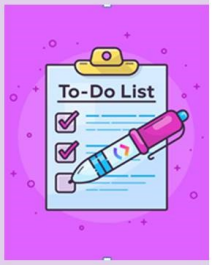


Sinds 1 april '19 is het verwijderen van de katheter vervroegd van de 2e dag naar de 1e dag na de keizersnede.

Zo wordt eerder gestart met mobiliseren en is de **verblijfsduur verkort van *4* naar *3* dagen** (mediaan) (zichtbaar in data keizersnede patiënten mei t/m juni '19).

Aanbevelingen (to-do)

- Verbeterinitiatief delen met betrokken collega's
- Geformuleerde verbeteracties verder implementeren
- Verblijfsduur binnen VBHC traject Geboortezorg blijven monitoren



Projectleider: Daniëlle Huiting
Opdrachtgever: Aly Hoekstra

Verbeteren communicatie m.b.t. afhandeling storingsmelding aan Technische Dienst buiten kantoortijden

Definiëren

Doel:

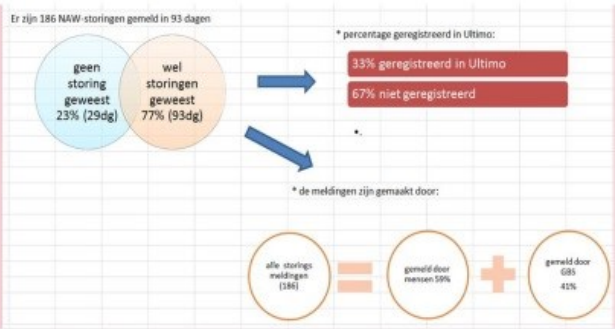
- Klant: Een betere service verlenen door een goede digitale terugkoppeling van de voortgang van de afhandeling van storingen, *van meldingen gemaakt buiten kantoortijden*
- Intern: Een beter inzicht in kwaliteitsstandaarden en benodigd onderhoud van gebouwen en technische installaties door een completere registratie in FMIS/Ultimo, *van meldingen gemaakt buiten kantoortijden*

Meten

Juni t/m sept 2018

Meting van registratie storingsmeldingen voor Technische Dienst (TD), gemeld buiten kantoortijden ->

Storingsmeldingen voor de TD, gemeld buiten kantooruren, worden niet goed geregistreerd.

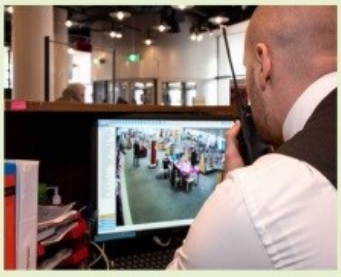


Analyseren

- De registratietaak is -buiten kantoortijden- niet (eenduidig) belegd is bij een functie, niemand voelt zich -buiten kantoortijden- verantwoordelijk voor de registratie van storingen.
- Er zijn verschillende tel.nr's bekend in huis voor het -buiten kantoortijden- melden van storingen.
- De telefonist, die de storing melding –buiten kantoortijden- aanneemt, werkt niet met het systeem Ultimo, waarin de registratie gedaan moet worden.
- De monteur TD wordt soms ook opgeroepen voor niet spoed eisende storingen, de telefonist heeft niet genoeg kennis om altijd de juiste oproepbeslissing te kunnen nemen.

Verbeteren

1. Gewenste meldroute van storingen TD buiten kantoortijden vaststellen
   -> tst nr. 5000 (wordt na kantoortijden doorgeschakeld naar Bedrijfsbeveiliging op tst 7777) en in huis communiceren. (doel: storingsmeldingen TD **altijd** via tst 5000)
2. Registratie in Ultimo van storingsmeldingen TD buiten kantoortijden beleggen bij een functie -> naar Bedrijfsbeveiliging (doel: 100% registratie)
3. Wijzigen van de taak tot besluitvorming wel/niet oproepen monteur
   -> van Telefonie naar Bedrijfsbeveiliging (doel: minimaliseren oneigenlijk oproepen van monteur TD)
4. Voortgang afhandeling storing aan melder, gemeld buiten kantoortijden, optimaliseren
   -> automatisch uit Ultimo (doel: 100% voortgang afhandeling storing aan melder)



Controleren

Evaluatie metingen (juni en juli 2019):

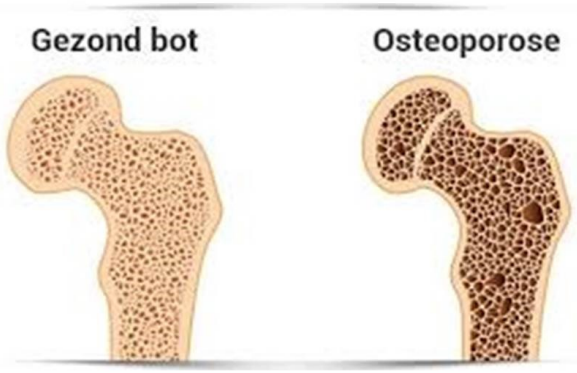
- Aantal gemelde storingen per maand, ligt hoger dan vorig jaar.
- 100% van de storingen is nu geregistreerd (vorig jaar slechts 33%).
- 75% registratie door bedrijfsbeveiliging, 25% door monteurs TD. Hier is nog een actie op uitgezet.

Borging:

- Procesomschrijving wordt aangepast
- Continue monitoring op registratie van de juiste gegevens in Ultimo, als basis voor voortgangsmelding over afhandeling storing.

Projectleider: Sandra Bartelds, adviseur Huisvesting
Opdrachtgever: Raimond Lubbers, (interim) manager Techniek & Huisvesting

Verhogen animo uitslaggesprek DEXA scan op poli Geriatrie



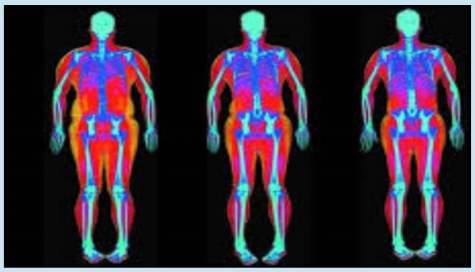
Definiëren

Probleemdefinitie

- Veel patiënten 75+ komen niet op de poli Geriatrie voor uitslaggesprek DEXA scan met geriater

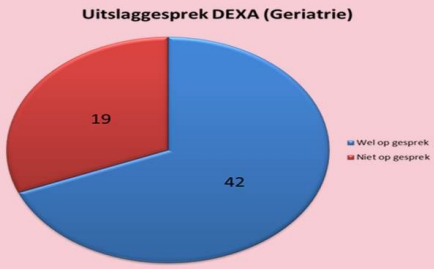
Doelstelling

Reduceren afzeggingen uitslaggesprek



Meten

Resultaat:
33% komt niet naar uitslaggesprek



Analyseren

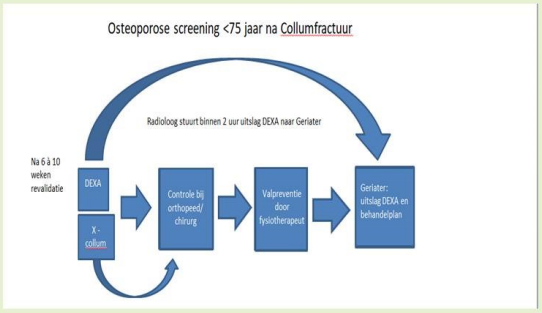
Grondoorzaken

In interviews geeft 9 van de 19 (47%) patiënten aan als reden voor afzegging:

- Moet al zo vaak naar het ziekenhuis voor andere onderzoeken/ gesprekken
- Mantelzorger moet al zo vaak vrij vragen.

Verbeteren

- Uitslaggesprek DEXA scan gelijk inplannen na controleafspraak orthopeed/chirurg en valpreventie afspraak met fysiotherapeut. Hierdoor wordt ook het aantal bezoeken aan het ziekenhuis gereduceerd!
- Overleg met geriater, orthopeed, chirurg, fysiotherapeut voor invoeren combi-afspraken.
- Combi-afspraken in HiX laten opnemen.

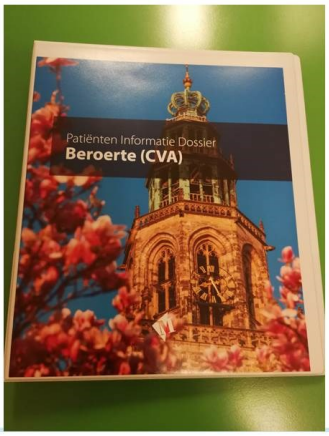


Controleren

- Na overleg met de diverse specialismen implementeren in 2020
- Middels dashboard monitoren

Projectleider: Yvonne Hazeborg
Opdrachtgever: Anita Wieringa

Patiënten informatie dossier (PID) altijd bespreken met CVA-patiënt en mantelzorger

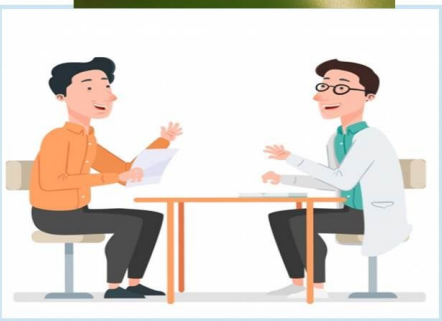


Definiëren

Probleem:
- Niet alle CVA patiënten krijgen een PID.
- PID wordt niet altijd besproken met patiënt en mantelzorger(s).

Gevolg:
- De patiënten worden onvoldoende geïnformeerd over hun zorgproces.

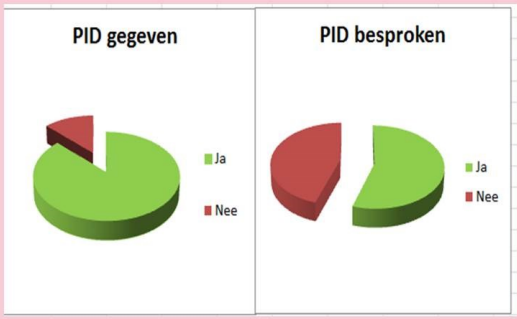
Doel:
- Binnen 48 uur na opname CVA patiënt wordt het PID besproken met patiënt en mantelzorger(s) op de Stroke unit.



Meten

Meetperiode 19 juni t/m 19 juli

Uitkomsten:
- 88% van de CVA patiënten ontvangt een PID.
- Met 45% van de CVA patiënten wordt de PID **NIET** besproken.
- Veel variatie in de duur van de PID gesprekken.
- Geen vaste momenten wanneer PID gesprekken worden gehouden.



Analyseren

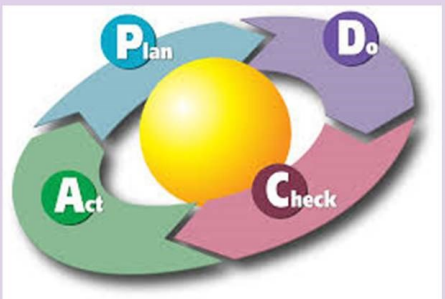
Knelpunten
- Veel acute opnames en acute zorg op de Stroke unit leiden er toe dat PID gesprekken niet worden gedaan.
- PID gesprekken met patiënt en mantelzorger(s) worden niet ingepland.
- PID wordt door artsen en verpleegkundigen niet persoonlijk gemaakt voor de patiënt.
- Onbekendheid van het PID bij (nieuwe) verpleegkundigen en artsen.

Verbeteren

Acties:
- Standaard onderdeel in dagstart op de Stroke unit en visite.
- Tijdens 9 uur evaluatie op afdeling indien nodig hulp vragen aan collega's.
- Dag van de opname PID uitdelen en volgende dag gesprek plannen.
- PID gesprekken 's morgens tijdens het bezoekuur.
- Opnemen in introductieprogramma voor nieuwe artsen, verpleegkundigen en klinische lessen plannen voor alle verpleegkundigen.
- PID gesprekken plannen in de actieplanning(HIX).
- Lijst maken voor de planning van PID gesprekken en afvinken.

Controleren

Borgen
- Uitvragen patiënten ervaring.
- Structureel bespreken met artsen en verpleegkundigen.
- Evalueren duur van de gesprekken en tijdstip.
- Blijven checken of het goed of fout gaat via de PDCA-cyclus door de werkgroep CVA van verpleegafdeling 2B en zo nodig bijstellen, 4 maal per jaar



Projectleider: Sandra Timpers
Opdrachtgever: Sandra Timmerman

Sneller factureren door 42% minder logboekfouten

Definiëren

- ✓ **probleemanalyse:** elke twee weken een testfacturatie waaruit veel fouten naar voren komen, niet oplossen = niet factureren
- ✓ **doel:** structureel verlagen van de logboekfouten en daarmee het verlagen van de correctietijd om sneller te factureren

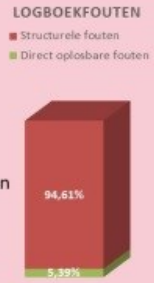
resulterend in:

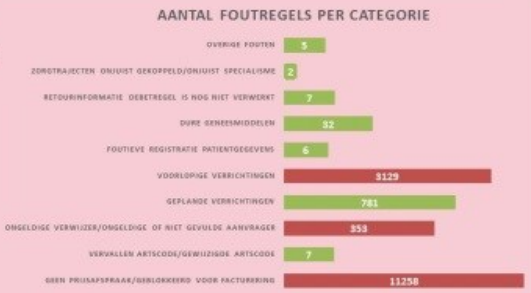
- het verlagen van de correctietijd
- het verkorten van de doorlooptijd van de fouten
- het verhogen van de patiënttevredenheid
- positief effect op de liquiditeit
- positief effect op de medewerkerstevredenheid *#teamvmartini*

Fout	Omschrijving	Aantal
	Alle logboekregels	17709
	Basis fouten/meldingen	532
	Patiënt geblokkeerd voor factureren	7
780	Segment geblokkeerd voor instantiegroep	9601
	Geen prijsafspraak voor dit segment, instantiegroep	70
793	Declarabele OP/OZP maar ook gekoppeld aan subtraject.	9
800	Dit is een voorlopige verrichting.	4196
	Dit is een geplande verrichting.	859
	Afdeling geblokkeerd voor facturering.	2368
812	Retourinformatie debet regel is nog niet verwerkt	1
2000	VeCoZo controle fout	66

Meten

- ✓ **data-analyse** op logboeken van drie testfacturaties
- ✓ 15.000 fouten per logboek waarvan:
  - ***structurele (niet direct oplosbare) fouten: 94,61%***
  - direct oplosbare fouten: 5,39%
- ✓ <u>risico:</u> door de grote hoeveelheid fouten, het niet signaleren en oplossen van fouten die wel financiële waarde hebben
- ✓ elke twee weken een correctietijd van 4 uur
- ✓ bij een niet opgeloste fout wordt de doorlooptijd van die fout verlengd met 2 weken





Analyseren

- ✓ **focus** op structurele en beïnvloedbare fouten 14.740 st.
- ✓ fout 'voorlopige verrichting' aan de hand van **5 x Waarom**
  - betreft registratie van een statistische code; zorgt qua volume voor <u>vervuiling</u> in het logboek
  - agenda wordt niet gefiatteerd / aanvrager en uitvoerder niet gevuld; wordt daardoor niet geautoriseerd
  - agenda is niet ingericht om te fiatteren
  - poli is niet op de hoogte van het fiatteren
- ✓ 'geen prijsafspraak': ontbreekt aan structurele signalering van ontbrekende tarieven, controle en terugkoppeling

Analyse logboekfout 'Voorlopige verrichting' d.m.v. 5x Waarom	
1 Waarom staan de verrichtingen als voorlopig in het logboek?	Een verrichting staat op voorlopig wanneer deze nog niet gefiatteerd is
2 Waarom is deze verrichting nog niet gefiatteerd?	De agenda's waar deze verrichtingen in staan worden niet gefiatteerd
3 Waarom worden deze agenda's niet gefiatteerd?	Omdat het vinkje 'fiatteren' niet aan staat bij deze agenda
4 Waarom staat het vinkje niet aan?	Omdat de verrichtingen geen financiële waarde hebben/werklast
5 Waarom dienen deze verrichtingen dan gefiatteerd te worden?	Vanwege de tellingen t.b.v. productie

Verbeteren

- ✓ verlaging van 6.220 structurele fouten (42%) en **verkorting van de doorlooptijd** met 2 uur
- ✓ 2.520 minder fouten door: *(work in proces)*
  - inrichten default aanvrager en uitvoerder in agenda (Hix)
  - Instellen fiatteren voor agenda's die gefiatteerd moeten worden (Hix)
  - instructie en uitleg aan poli's over het fiatteren
- ✓ 3.700 minder fouten door **kort cyclisch overleg** met sales over ontbrekende tarieven

Controleren

- ✓ **van 'batch' naar 'bit by bit':** 2 keer test factureren i.p.v. 1 keer waardoor fouten niet meer in bulk verwerkt worden en er meer tijd is voor het doorlopend verwerken van logboekfouten
- ✓ controle op gefiatteerde agenda's om tijdig nieuwe 'voorlopige verrichtingen' tijdig te signaleren en afdelingen aan te spreken
- ✓ handleidingen maken voor het oplossen van een aantal categorieën logboekfouten op eigen afdeling
- ✓ verbeterd contact met sales door tweewekelijkse meet-up
- ✓ controle openstaande prijsafspraken d.m.v. opgenomen **taken op het scrum bord**
- ✓ controle logboekfouten opnemen als wekelijkse taak scrum bord

Projectleider: Sjoukje Haga, medewerker Zorgregistratie & Facturatie
Opdrachtgever: Marije Verwer, unithoofd Zorgregistratie & Facturatie

Met dank aan het gehele verbeterteam

De veiligheid en gezondheid voor de medewerkers verbeteren omtrent de HE kleurmachine op het histologische lab

Definiëren

Doel :

- Het verminderen van werken met de toxische stof xyleen
- De veiligheid en gezondheid van de medewerkers verbeteren
- De kwaliteit van de coupes mag echter niet achteruit gaan

Meten

Uitkomsten:

	Labjas	Handschoenen	Veiligheidsbril
Dag 1	√	√	x
Dag 2	√	√	x
Dag 3	√	√	x
Dag 4	√	√	x
Dag 5	√	√	x
Dag 6	√	√	x
Dag 7	√	√	x
Dag 8	√	√	x
Dag 9	√	√	x
Dag 10	√	√	x

- Medewerkers maken geen gebruik van een veiligheidsbril maar wel gebruik van handschoenen en een labjas

Verschillende organen	Toxische effecten
Centrale zenuwstelsel	Hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid
Ademhalingssysteem	Irritatie van neus en keel, borstkas pijn, kortademigheid, pulmonaire zwelling
Lever en nieren	verwonding
Maag-darm stelsel	Misselijkheid, braken, maagklachten
Musculoskeletal systeem	Verminderende grijpkracht, spierkracht in de ledematen neemt af
Huid	Droogheid, barsten, irritatie, verschilferen
Ogen	Irritatie, kan schade veroorzaken
Reproductie systeem	Passeert placenta barrière, vervuilt de moedermelk, feto-toxische effecten
Kanker	Onvoldoende bewijs

- Uit drie wetenschappelijke artikelen is naar voren gekomen dat xyleen toxisch is en negatieve effecten heeft op het personeel bij blootstelling en dat er alternatieven zijn voor xyleen

Analyseren

- Bij het stellen van de 5x waarom vraag is er naar voren gekomen dat de medewerkers geen goeie reden hebben om geen veiligheidsbril te dragen
  - ➢ Gemakzucht
  - ➢ Onwetendheid
  - ➢ Wens om xyleen vrij te werken is er wel
- Er is nog geen goed alternatief voor xyleen
- De huidige HE kleurmachine heeft voor de laatste stap xyleen nodig wat nog niet met een andere stof werkt

Verbeteren

Verbetervoorstellen:

- Voor het dragen van een veiligheidsbril:
  - ➢ Een duidelijke en vaste plek creëren voor de veiligheidsbril
  - ➢ Op de HE kleurmachine veiligheidsstickers plakken
  - ➢ In de aftekenlijst van het logboek een regel toevoegen: veiligheidsbril weer op de juiste plek terug hebben gelegd
- Alternatief xyleen:
  - ➢ Wanneer er een goed alternatief op de markt komt en de huidige kleurmachine hier ook mee kan werken uitzoeken of xyleen vervangen kan worden

Controleren

Controle:

- Over een half jaar weer meten of het dragen van een veiligheidsbril 100% is
- Blijven checken of er een goed alternatief is voor xyleen waar de HE kleurmachine mee kan werken

Projectleider: Simone Meijer
Opdrachtgever: Baran Dagtekin en Sander Roeders

Reduceren van het aantal foutieve aanmeldingen van intake patiënten van de afdeling medische psychologie en psychiatrie

Definiëren

Reduceren van foutieve aanmeldingen van intake patiënten bij de secretariaten medische psychologie en ziekenhuis psychiatrie.

Het effect voor de patiënten is dat men minder gehaast aan het intake gesprek begint.

Voor de afdelingen levert dit extra tijd voor de secretariaten op en meer gespreksruimte voor de behandelaren, waar door er meer patiënten kunnen worden gezien/de wachtlijst wordt verkort.

Meten

Er is over een periode van 5 weken gemeten hoe vaak een intake patiënt zich aanmeldde bij het verkeerde secretariaat. Hieruit kwam naar voren, dat 20% van de intake patiënten zich aan de "verkeerde" balie meldt.

Daarnaast heeft 55% van de intake patiënten gevraagd ,waar de afdeling medische psychologie of ziekenhuis psychiatrie te vinden is.

Gemiddeld kost het een secretariaat medewerker 2 minuten extra tijd om de patiënt de juiste procedure uit te leggen

Analyseren

Als oorzaak van de foutieve aanmelding gaven de patiënten aan, dat de zichtbaarheid van de secretariaten onduidelijk is.

Ook vond men het aanwijsbord op de begane grond ter hoogte van Certe/bloed-prikken onduidelijk.

Het punt op de tweede verdieping, ter hoogte van de kinderafdeling, vinden de patiënten ook onduidelijk.

Verbeteren

Patiënten geven aan dat de zichtbaarheid van de secretariaten slecht is. Door de secretariaten te verplaatsen naar de centrale hal is het gelijk helder waar de intake patiënt zich kan aanmelden. Daarnaast is het advies om de secretariaten samen te voegen en de processen in front- en backoffice te scheiden. Hierdoor zij n er minder verstoringen in het contact met de patiënt.

Door de samenvoeging van de secretariaten en de verplaatsing komen er 2 extra behandelplekken beschikbaar, wat een extra gesprekscapaciteit oplevert van 460 gesprekken op jaar basis.

Controleren

Nadat de nieuwe balie is gerealiseerd (medio januari 2020) op de nieuwe plek, zullen er in april en september 2 metingen verricht worden: de patiënten zullen dan opnieuw gevraagd worden hoe zij de route naar 2,7 hebben ervaren.

De twee andere knelpunten zijn overgedragen aan de werkgroep bewegwijzering.

Opbrengsten:

Door het verminderen van het aantal foutieve aanmeldingen realiseren we een tijdswinst van 77 uur op jaar basis

Door de aanmeldbalie te verplaatsen komen er 2 gesprekskamers bij, dit levert op jaarbasis 460 gesprekken met patiënten op, waardoor wachtlijst voor patiënten aanzienlijk verkort wordt

Projectleider: Tineke Tuinstra
Opdrachtgever: Anita Wieringa

Telemonitoring bij ICD patienten met een CRT-D device

Definiëren

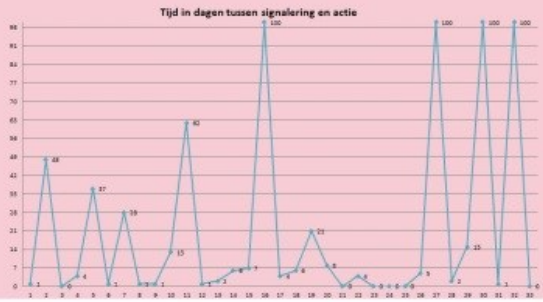
Doel:

Doorlooptijd besluitvorming verkorten van signaleringen op afstand bij patienten met zo'n CRT-D device.

Context:

Patienten met een interne defibrillator hebben soms een vorm van hartfalen waarbij de pacemakerfunctie het hart beter kan laten kloppen. Het thuiskastje bewaakt dagelijks de automatische metingen en verstuurt eventuele afwijkingen (eHealth).

Meten



Van juni 2018 t/m mei 2019 zijn er totaal 39 patienten met een eventsignalering via Telemonitoring:

3 foutmeldingen.
3 patienten die zich bij hun huisarts hadden gemeld.
33 events die actie behoefden, 6 direct, 15 binnen een week actie, echter 12 duurde langer dan 1 week voordat er actie ondernomen werd.

Analyseren

Waarom?

Geen duidelijke afspraken bij wie en hoe de signalering aangeboden moet worden.

Zodat:

Het niet juist wordt gemeld.

Medewerker zich niet aangesproken voelt.

Medewerker te weinig expertise heeft.

Medewerker het niet relevant genoeg vindt.

Verbeteren

Lange termijn:

Aanpassing in HiX: toevoegen van een werklijst die inzichtelijk is voor 'eigen' behandelaar.

Afspraken maken over wat gemeld moet worden en wat niet.

Kort termijn:

ICD PA-er als aanspreekpunt voor de signaleringen totdat de andere aanpassingen geborgd zijn.

Bespreking van deze signaleringen van deze PA-er met de cardioloog kan op iedere dinsdag en vrijdag.

Controleren

Evalueren proces

Verbeteren proces

Uitbreiden proces naar alle ICD patienten?

Projectleider: M. Lind
Opdrachtgever: R. Tieleman

Verbeteren inschrijving onverzekerde patiënten op de SEH

Definiëren

Probleemstelling:

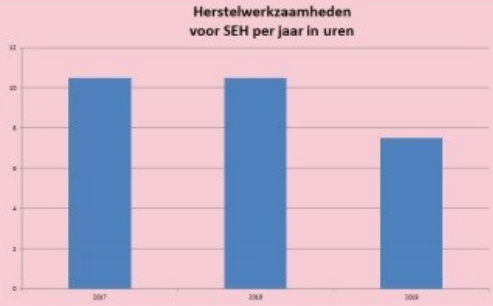
Het inschrijven van onverzekerde patiënten op de SEH blijkt regelmatig onvolledig te zijn. Gevolg:

- Achteraf moet bij patiënt gegevens worden opgevraagd
- Achteraf (herstel-) werk betreffende inschrijving
- Vaak kan geen tijdige aanvraag voor subsidiegelden worden gedaan

Doel:

- Inschrijven van onverzekerde patiënten op SEH gebeurt klantvriendelijk, volgens een vaste systematiek, juist, tijdig en volledig
- In het geval dat de onverzekerde patiënt de zorgkosten niet zelf betaalt, zorgen dat er een beroep op een subsidieregeling kan worden gedaan

Meten



Inzage in gemiste aantal en euro's doordat er geen beroep op subsidiegelden is gedaan, volgt.

Analyseren

- Een vastgelegd proces ontbreekt
- Kennis over de benodigde gegevens voor inschrijving van een onverzekerde patiënt ontbreekt
- Kennis over het belang van het invullen van bepaalde patiëntgegevens ontbreekt
- Het laten ondertekenen van het toestemmingsformulier voor de subsidieaanvraag wordt als klantonvriendelijk ervaren

Verbeteren

- ✓ Duidelijke instructie voor proces inschrijving onverzekerde patiënt is opgesteld
- ✓ Medewerkers zijn geïnformeerd over het gehele proces (inschrijving tot verzending factuur) en onderkennen de noodzaak van een juiste, tijdige en volledige patiënteninschrijving
- ✓ Duidelijke instructie voor proces subsidieaanvraag is opgesteld

Controleren

- ✓ Werkwijze/proces en instructies op iProva publiceren
- ✓ Per kwartaal werkwijze bespreken en evalueren in werkoverleg

Projectleider: Marion Blom, SEH
Opdrachtgever: Idi de Boer

Efficiënt zoeken naar navragen op de Pathologie

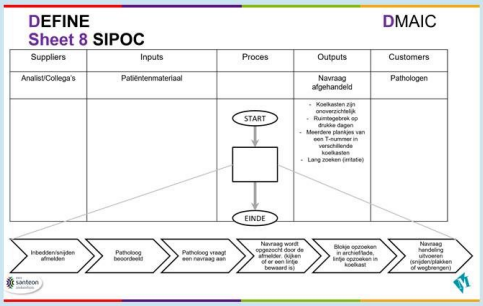
Definiëren

Probleem

- Indeling koelkasten op het lab
  - Lang zoeken naar navragen
  - Meerdere plankjes van een T-nummer in verschillende koelkasten
  - Ruimtegebrek door veel productie op drukke dagen

Doel

- Het doel is om de koelkasten zodanig in te richten dat je sneller plankjes terug kan vinden
- Niet onnodig patiënten materiaal bewaren



Meten

Tijdstip van aanvraag

In deze grafiek is te zien hoe het aantal navragen op een werkdag is verdeeld
Rond 10.00-11.00 uur en 13.00-14.00 uur worden de meeste aanvragen gedaan

Aantal navragen per type materiaal

	biopt	resectie	Excisie
prostaat	287	66	0
colon	4829	815	97
duodenu m	914	0	0
rectum	156	5	0
oesopha gus	11	0	0
maag	1174	200	0
*	48820	20961	115

Aantal navragen van 1 jaar

Tijdstip aanvraag	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Eindtotaal
7	1		12	21	18	52
8	89	136	118	170	251	764
9	1655	1690	1470	1534	1968	8287
10	2161	2565	1784	1989	2552	11051
11	2206	1920	1766	2076	2140	10108
12	1755	1397	1218	1564	1713	7647
13	2524	1749	2103	2225	1871	10472
14	2524	2180	2520	2237	1915	11176
15	1628	1458	1699	1586	1542	7713
16	1004	930	1069	1026	967	4996
17	250	344	446	364	555	1959
18	20	73	76	22	63	254
19			5			5
20		2				2
Eindtotaal	15797	14434	14086	14814	15335	74466

Tijd besteed aan het opzoeken van navragen

(voorlopige meetgegevens van 1 week)

Aantal navragen		
Totaal aantal navragen	308	
Koelkast (plankje)	114	
La (blokje)	218	(194 alleen blokje)
Combinatie	24	

Gemeten tijden navragen opzoeken (gemiddeld)				
	Alles	Koelkast	La	Combinatie
Gemiddelde	17sec	28sec	11sec	35sec
Max.	130sec			
Min.	2sec			
Per week	89min			
Per dag	18min	gemiddeld		

Analyseren

Analyseren van metingen

- De meeste navragen worden aangevraagd op colonbiopten

Tijd besteed aan het opzoeken van navragen

- Uit de gemeten tijden is gebleken dat combinatie aanvragen de meeste tijd in beslag nemen
- De totale tijd in 1 week besteed aan het opzoeken van navragen bedraagt 89 minuten, dat is gemiddeld 18 minuten per dag

Verbeteren

Vervolgstappen

Om met verbeterpunten te komen zijn er meer meetgegevens nodig, daarom worden er op dit moment nog een aantal metingen gedaan

- Percentage van navragen op materiaal wat in de koelkast bewaard wordt
- Aantal navragen op prostaatbiopten
- Vraagstelling materiaal -> combinatie met navragen

Controleren

Controleren

Stay Tuned!

Projectleider: Eelkje van der West
Opdrachtgever: Baran Dagtekin

Patiënt met ECG op tijd in de spreekkamer van de cardioloog

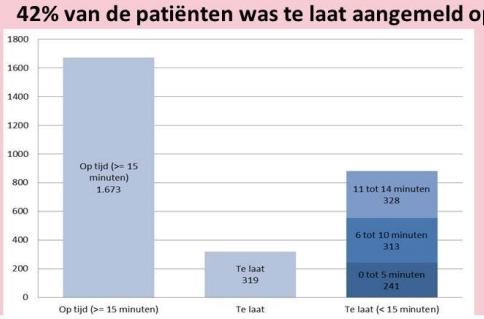
Definiëren

- **Probleemstelling**
  - Hoe kunnen de werknemers (secretaresses en cardioloog) van de polikliniek cardiologie ervoor zorgen dat patiënten op de afgesproken tijd, met een gemaakt ECG, in de spreekkamer van de cardioloog aanwezig zijn?
- **Verwachte baten**
  - De patiënt hoeft niet onnodig lang te wachten. De cardioloog heeft voor iedere patiënt evenveel tijd. Het spreekuur verloopt volgens planning. De ECG's worden volgens planning gemaakt.

- **Doelstelling**
  - Eind maart zit 95% van de patiënten, met ECG, op de afgesproken tijd in de spreekkamer van de cardioloog.

Meten

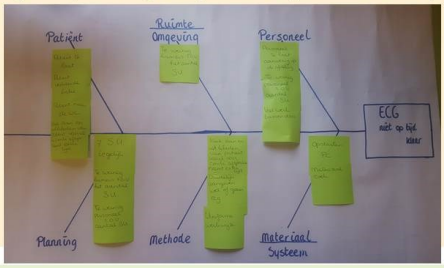
- **42% van de patiënten was te laat aangemeld op de poli**



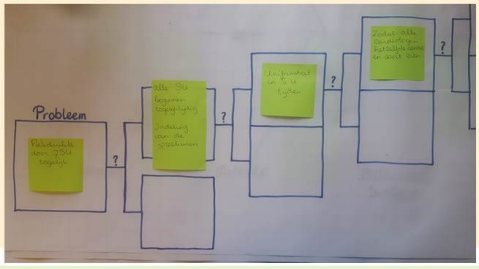
- **Planning en capaciteit ECG medewerkers komt niet overeen**

Analyseren

- **Visgraat model: redenen ECG niet op tijd klaar**
  (m.n. planning / capaciteit / patiënt te laat)



- **5x waarom: piekdrukte ECG**
  (planning en capaciteit komt niet overeen)



Verbeteren

Impact/haalbaarheidsmatrix

	Lage haalbaarheid	Hoge haalbaarheid
Hoge impact	Overgang naar digitale verwerking route patiënt in HiX. (aanmelden patiënt, afnemen ECG, binnen in spreekkamer) (geen papieren uitdraaien meer) Incheckkaart?	Plannen ECG naar capaciteit (medewerkers en ruimte) op vaste tijd (eventueel 30 minuten voorafgaand) In afspraakbrief tijdstip ECG toevoegen (eventueel 30 minuten voorafgaand)
Lage impact	Planning poli cardiologen beter verspreid.	Aanwezigheid patiënt op moment van aanmelden ook gelijk aanklikken door secretaresse

- **Implementatie**
  - De ECG's worden gepland naar capaciteit.
  - Er wordt één tijd in afsprakenbrief vermeld met voldoende tijd gepland om voorafgaand aan de afspraak een ECG te kunnen maken.

Controleren

- **Borging**
  - Planning wordt vastgelegd in HiX en werkafspraken.
  - Unithoofd en coördinator polikliniek cardiologie houden een vinger aan de pols en nemen dit op in de dagstart.
  - Evalueren na 2 maanden met verbeterteam.
- **Aanbeveling**
  - Verder uitzoeken van digitale verwerking van de route van de patiënt (in HiX), zodat hier meer data uit gehaald en meer op gestuurd kan worden. Hierdoor ook minder foutgevoelig.

Projectleider: Jacqueline Bos
Opdrachtgever: Christiane Geluk

Reduceren van voedselverspilling van de warme maaltijd

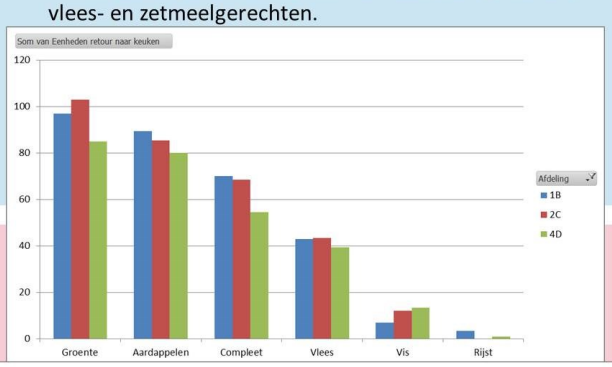
Definiëren

Probleem:

Warme maaltijden die door de keuken worden geproduceerd voor patiënten komen regelmatig weer retour en worden daarna weggegooid. Dit is onnodige verspilling van grondstoffen, arbeid en geld.

Doel:

Percentage waste met 50% verminderen t.o.v. de nulmeting in mei 2019, gericht op de warme maaltijden groente-, vlees- en zetmeelgerechten.



Meten

Na 30 dagen meten blijkt dat bij de warme maaltijden:

- Er gemiddeld naar schatting **€380,- per dag** aan voedsel wordt weggegooid (integrale kostprijs).
- Vooral **groente, aardappelen en complete maaltijden** weggegooid worden.
- **Nasi kip/ei, gekookte aardappelen en puree** het vaakst weggegooid worden.

Analyseren

Kernoorzaken van het probleem:

- Geen zicht op aanvragen door onduidelijkheid over het al dan niet verblijven van de patiënt op de verpleegafdeling (ontslag & nieuwe patiënten). Om zeker te zijn genoeg eten te hebben, vragen verpleegafdelingen te veel aan. De aanvraag blijft in het systeem staan.
- Niet alle patiënten hebben evenveel etenslust, hierdoor zijn de porties te groot of te veel.
- De aanvraag van maaltijden wordt ver naar voren geschoven, terwijl nog niet duidelijk is of een patiënt ook daadwerkelijk eten wil.
- Om op tijd in te kunnen spelen op de vraag van de verpleegafdelingen, begint de voedselproductie ruim op tijd, waardoor het lastig aanpassen is op een veranderende vraag naar eten.
- Onduidelijk is hoeveel voedsel er uitgegeven is, dit niet volledig geregistreerd, wat de analyse bemoeilijkt.

Verbeteren

Betere registratie van voedselverspilling (uitgifte & retouren) en daarna pilot bij 3 afdelingen:

- Om goed te kunnen analyseren is besloten de manier van meten opnieuw te starten. Er zal per afdeling worden geregistreerd hoeveel voedsel er wordt uitgegeven én hoeveel er terugkomt. Zo valt beter te analyseren waar de verspilling het grootst is.
- In het vervolg zal per afdeling worden geanalyseerd hoeveel voedsel zij verspillen.
- Daarna zal met de 3 afdelingen die het meeste verspillen een pilot gestart worden.
- Vervolgstap is om deze in het hele ziekenhuis uit te rollen.

Controleren

Momenteel bevindt dit project zich in de verbeterfase/opnieuw in de meetfase. De invulling om te controleren wordt nog nader bepaald. Wel kan gedacht worden aan het een keer in de zoveel tijd controleren of er veel verspilling is van voedsel. Als dit inderdaad het geval blijkt te zijn, dan wordt hier actie op genomen door de keuken. De keuken houdt het initiatief.

Projectleider: Ruud Hemsteede
Opdrachtgever: Roel Baarda
Coach: Ruud Peters

Reduceren van verspilling van pap

Definiëren

Probleem:

Pap dat in de keuken wordt geproduceerd voor patiënten komt weer retour en wordt daarna weggegooid. Dit is onnodige verspilling van materiaal en arbeid.

Doel:

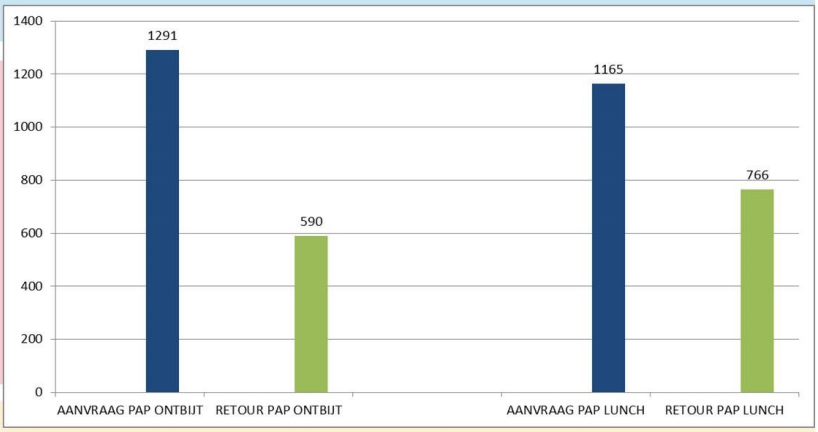
Reduceren van verspilling van pap tot maximaal 20%.

Meten

In de huidige situatie komt er retour naar de keuken:

- Van het ontbijt: **45,7%**
- Van de lunch: **65,8%**

Gemeten is over een periode van 30 dagen (03-06-2019 t/m 02-07-2019)



Analyseren

Kernoorzaken van het probleem:

- Geen zicht op aanvragen door onduidelijkheid over het al dan niet verblijven van de patiënt op de verpleegafdeling (ontslag & nieuwe patiënten). Om zeker te zijn genoeg pap te hebben, vragen verpleegafdelingen te veel aan.
- Bij grote bestellingen werd er een gamel geleverd, waarbij vaak meer pap werd verstrekt dan gevraagd, vanwege de temperatuur (als er kleine hoeveelheden in een gamel zitten, koelt deze snel af, waardoor klachten toenemen).
- Uit gewoonte wordt altijd dezelfde hoeveelheid pap besteld.
- Er is geen methode bedacht om het proces te verbeteren. Niemand heeft verantwoordelijkheid genomen om het proces te verbeteren om verspilling tegen te gaan (geen eigenaarschap).
- Per afdeling is geanalyseerd hoeveel pap zij verspillen. Met de 2 afdelingen die het meeste verspillen gaan we een pilot starten.

Verbeteren

- Op basis van de analyse wordt op de 2 afdelingen die het meeste pap verspillen een pilot gestart. Deze is in de loop van november 2019 uitgerold.
- Om verspilling van pap tegen te gaan is besloten om alle pap te leveren in de kleinere bekers. Er wordt zo minder pap verspild. Deze kunststof bekers zijn prima geschikt om de pap op temperatuur te houden.

De oude grote gamel

Nieuwe kleinere bekers

Controleren

Momenteel bevindt dit project zich in de verbeterfase. De invulling om te controleren wordt nog nader bepaald.
Wel kan gedacht worden aan het een keer in de zoveel tijd controleren of er veel verspilling is van pap.
Als dit inderdaad het geval blijkt te zijn, dan wordt hier actie op genomen door de keuken. De keuken houdt het initiatief.

Piekbelasting in de ochtend voor de cytologisch analist

Definiëren

Probleem:

Onevenredige werkverdeling tussen ochtend en middag.

Om 11.30 uur afspraak met de patholoog voor autoriseren verslagen. Tussendoor mogelijk spoedjes en puncties. Soms wordt de afspraak met de patholoog niet gehaald door teveel storingen. Minder tijd voor andere belangrijke taken. Tevens mogelijk mindere kwaliteit van screenen en verslaglegging door druk.

Doel:

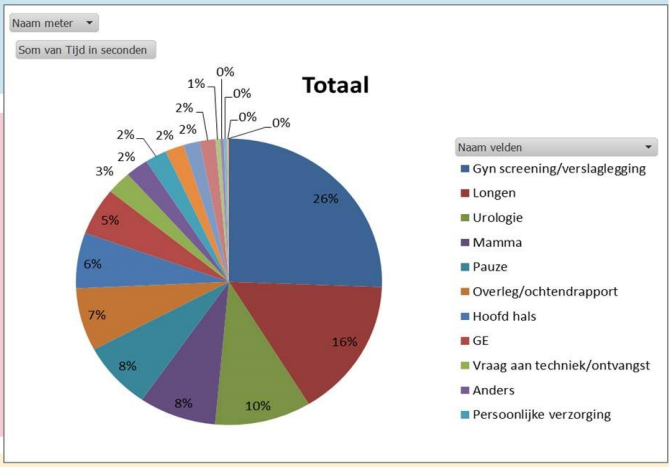
Betere verdeling werkdruk, waardoor minder piekbelasting.

Betere verdeling werkdruk, waardoor ook meer tijd voor (kwaliteit) screenen en verslaglegging, en neventaken.

Meten

Meten:

- Gemeten met meetpen/meetformulier door 8 analisten.
- Gemeten hoeveel materiaal er binnen komt
- Aantal analisten aanwezig betreffende dag
- Hoe laat het materiaal komt (zie tabel hier onder)
- Wordt afspraak met de patholoog om 11.30 uur gehaald, ja of nee (zie tabel hier onder)



Analyseren

Kernoorzaken van het probleem:

- Kleurmachine verversen op maandag en woensdag waardoor materiaal gemiddeld half uur later komt om te screenen
- Te veel taken in de ochtend t.o.v. de middag
- Afspraak 11.30 uur patholoog; wordt soms niet gehaald door de vele taken in de ochtend

Dag	Gemiddelde tijd binnenkomst materiaal laatste moment	11.30 gehaald
Maandag	10.10 uur	Niet altijd (33,3 %)
Dinsdag	9.43 uur	Niet altijd (25 %)
Woensdag	10.03 uur	Niet altijd (14 %)
Donderdag	9.21 uur	Ja
vrijdag	9.26 uur	ja

Verbeteren

Voorlopig advies naar aanleiding van de meetresultaten, en gesprekken met de analisten en het projectteam:

- Op maandag en woensdag 2 mensen, i.p.v. 1 persoon, de techniek op te laten starten, om het probleem van het verversen van de kleurmachine te ondervangen.
- Punctietelefoon, en liever ook de spoedjes, niet koppelen aan de analist die long, of gyn, of meerdere specialisaties moet afwerken met de patholoog.
- Analist moet in de ochtend prioriteit geven aan het screenen van de C-nummers (niet- gyn), boven de cervix uitstrijken.

Controleren

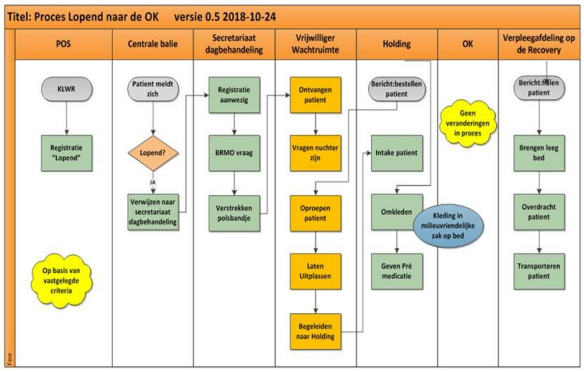
- Het advies om op maandag en woensdag 2 mensen, i.p.v. 1 persoon, de techniek op te laten starten, om het probleem van het verversen van de kleurmachine te ondervangen, is per het nieuwe jaar geïmplementeerd.
- Op het moment zit het project in de controlefase.
- Door middel van het meten van de tijd van binnenkomst van materiaal, hoeveel materiaal, het aantal analisten en of de afspraak met de patholoog is gehaald, wordt gecontroleerd of het advies effect heeft.

Projectleider: Nathalie Broekmans (analist Pathologie)
Opdrachtgever: Baran Dagtekin (unithoofd Pathologie)
Coach: Patrick Wennekes/Ruud Peters
Verbeterteam: Erwin Geuken (patholoog), Mieja Hogen Esch (techniekmedewerker) en Maria Schrik (analist)

Projecten

Green en Black Belts

Lopend naar OK



Definiëren

1. Welbevinden van de patiënt verbetert door verblijf in een niet-zieke, rustige omgeving.
   ' Better in/ better out'
2. Verpleegafdeling heeft minder piekdrukte in de ochtend
1. Minder overdrachtsmomenten in de keten en minder beddentransport
2. Holding/ OK heeft minder kans op vertraging bij aanvoer van de patiënt.

Context:
pilot kno van 4B
16 september tot 31 december 2019
De patiënt wordt op de holding opgenomen en komt postoperatief op de verpleegafdeling.

Meten

Van 16 sept tot 5 nov. 83 patiënten Lopend naar OK

1. Meerderheid patiënten tevreden. Gerapporteerde minpunten over wachttijd, wachtruimte en nog niet vloeiend verlopend proces.
2. Op 4B minder piekdrukte in de ochtend. Pilotgroep te beperkt voor vrijspelen verpleegkundige capaciteit. Toename drukte in de middag en avond.
3. Geen vertraging bij aanvoer patiënten Holding. Per patiënt 10 minuten extra personele inzet nodig.

Analyseren

November/ december 2019

- Afweging voordelen van lopend naar OK tegen kosten (materieel en immaterieel)
- Bepalen noodzakelijke voorzieningen bij voortzetting LNOK
- Inschatten van het aantal patiënten dat lopend naar OK kan bij uitbreiding van de doelgroep.
- Maken impactanalyse voor inzet van mensen en middelen (wachtruimte, bedden)

Verbeteren

Bij besluit tot uitbreiding van de pilot:
Lopend naar OK voor gynaecologie, urologie, chirurgie (3c en 4d), orthopedie, dagbehandeling en neurochirurgie.

- Proces van opname eenduidig inrichten, waar mogelijk gelijk aan proces ERAS
- Efficiëntere inzet personeel door herschikking taken.
- Minder overdrachtsmomenten

Controleren

Nog uit te werken

- Gezondheidswinst af te leiden uit vergelijkbaar project ERAS.
- Patiënttevredenheid over OK en opname
- Impact op doelmatigheid bij volumegroei

Bij positief advies en eventueel verdere uitrol meerdere specialismen:

- De werkwijze is opgenomen in I prova
- Er zijn afspraken over reguliere evaluatie van het proces (monitoren KPI's)
- Traceraudit

Projectleider: Margriet Smit/ Jeannette Wijbenga
Opdrachtgever: Laurence Hovenkamp

Efficiënt visite lopen (doe je samen); Kwaliteit voor de patiënt!

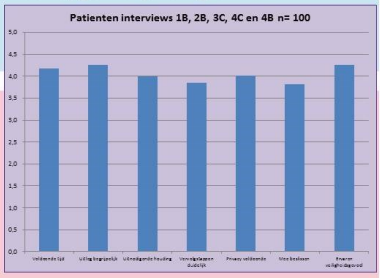
→ De patiënt voelt zich gehoord, gezien, veilig en geïnformeerd!

Definiëren

Doel: Een **uniforme wijze** van visite lopen aan het bed volgens een **vaste structuur** waarbij de **patiënt,** de **verpleegkundige** en **arts** een duidelijke rol hebben en er geborgd is dat alle **relevante zaken** aan de orde komen en we voor **11.00 klaar** zijn.

Eind 2019 is het visite lopen in de kliniek afgerond voor 11 uur en de patiënt voelt zich gehoord, gezien, veilig en geïnformeerd.

Binnen scoop: Afdelingen 1B, 2B, 3C, 4C, (4D)



Meten

Evaluatie bij eerder geïmplementeerde afdelingen (1D; 2C; 2D; 4H; 4B):

- Kwaliteit verbeterd; Patiënt meer betrokken
- Tijdswinst (minder verstoringen/wachten)
- Privacy is niet anders dan voorheen
- Voorbespreking wordt gemist
- Samenwerking arts-VPK is verbeterd

Kwantitatief onderzoek
Visite lopen afgerond na 11 uur: 27%.

Kwalitatief onderzoek Top 3 (schaal 1-5)
1= slecht/nooit 2= matig/soms; 3= voldoende/vaak; 4= goed/meestal 5= zeer goed/altijd

Artsen/ Specialisten (n= 21):
Beleid op directe informatie (patiënt) 3.2
Verstoringen 2.8
VPK regie tijdens visite 2.3

Verpleegkundigen (n=50):
Tevreden over visite lopen 2.9
Regie nemen 3.3
Beleidswijzigingen na visite 3.4

Patiënten (n=100):
Informeren over vervolgstappen 3.8
Gevoel mee kunnen beslissen 3.8
Ervaren veiligheidsgevoel 4.3

Analyseren

Knelpunten en oorzaken:

- Geen afspraken over organisatie/planning van het visite lopen levert vertraging op en veel verstoringen.
- Geen structuur in benodigde informatie en hoe te bespreken tijdens de visite. Visite wordt daardoor later nogmaals dunnetjes over gedaan.
- Geen afspraken over rol van patiënt, VPK en AA. Betrokkenheid patiënt hierdoor onvoldoende.
- VPK nemen onvoldoende regie in het visite lopen. Zijn hier niet aan gewend en stellen zich hiermee letterlijk achter de arts op.
- Onduidelijkheid over supervisie mogelijkheden.
- Wisselend kennisniveau van zowel VPK als AA speelt een rol bij volledigheid informatie en tijd.

Verbeteren

Proces verbeteringen

- ✓ Gestandaardiseerd visite beleid opgesteld (door artsen en VPK gezámenlijk opgestelde structuur/ planning)
- ✓ Taken en verantwoordelijkheden anders belegd (VPK neemt regie en bespreekt volgens SBAR)
- ✓ Werkplekleren m.b.v. een coach op elke afdeling gedurende 4 weken
- ✓ Evaluatie van en sturen op visite lopen volgens afspraken is dagelijks onderwerp van dagcoördinator

Ontwikkelde tools

Controleren

Borging

Evaluatie vindt half jaar na implementatie plaats op de afdelingen 1B, 2B, 3C, 4C.
Dagelijks sturen door dagco's op het afronden van het visite lopen voor 11 uur m.b.v. kwaliteitsbord.
Elke maand steekproef onder 10 patiënten m.b.v. de enquête.
Juni 2020 volgt een nieuw kwalitatief onderzoek op bovenstaande afdelingen.

Projectleider: Ingrid Wierenga
Opdrachtgever: Laurence Hovenkamp

Continu Verbeteren bij Endoscopie

Definiëren

Doelstelling

- Implementatie dagstart bij het team
- Implementatie dagevaluatie inclusief Verbeterbord bij het team
- Medewerkers hebben basiskennis van Lean

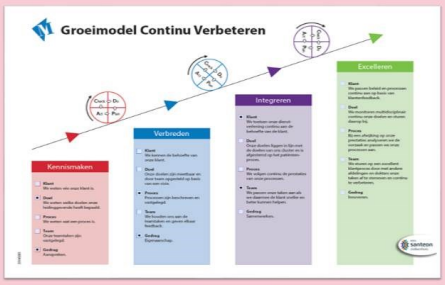
Trainingsdagen en coaching

- Drie trainingsdagen op de Onlanderij
- Coaching op de werkvloer

Meten

Groeimodel

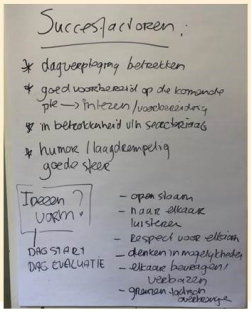
- Invullen groeimodel Continu Verbeteren voor de trainingsdagen en coaching als 0-meting
- Groei in groeimodel gemeten aan einde traject. Bij twee van de vier gebieden 1 fase gegroeid:
  - Doel: verbreden naar integreren
  - Proces: verbreden naar excelleren

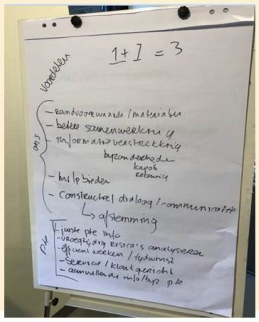


Analyseren

Analyse

- Inventariseren en onderzoeken wensen rondom dagstart en evaluatie bij de drie groepen medewerkers

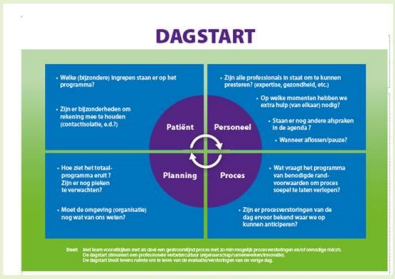




Verbeteren

Implementatie

- Ontwikkelen van 1 format dagstart en dagevaluatie
- Ophangen dagstart bord en verbeterbord
- Twee weken coaching op de werkvloer



Controleren

Evaluatie

- Evaluatie formulieren na trainingsdagen
- Tips en tops opgehaald bij medewerkers over Continu Verbeteren traject

Beoordeling:

Allart Poel, dagcoördinator Endoscopie

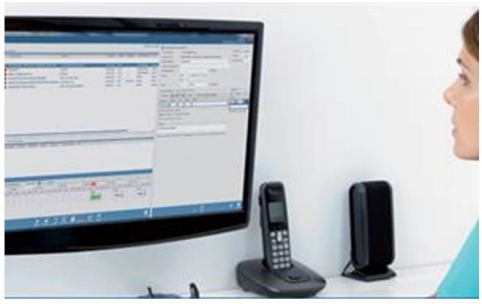
'Ik heb veel minder telefoontjes, omdat we met elkaar afstemmen tijdens de overlegmomenten (dagstart/middagstart/evaluatie). Het team is actief betrokken bij de dag en weet van elkaar wie wat doet op de dag. Ik stimuleer het team om problemen zelf op het verbeterbord te zetten, waardoor het niet alleen 'mijn' probleem wordt, maar men zelf actief wordt om het op te lossen'.

Dikke pluim voor de begeleiding dames!

Projectleider: Suzanne Kars & Elise Vliem
Opdrachtgever: Jannetta Roede

Doordoseer systeem diabetes medicatie in HiX; veiligheid voor de patiënt

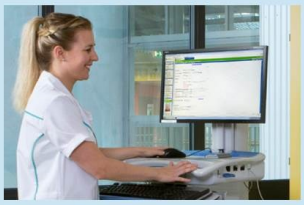
(vervolg op project Klinische diabetes)



Definiëren

Het inrichten van een doordoseer systeem in HiX t.a.v. diabetes medicatie waardoor

- diabetesmedicatie nagenoeg automatisch op één lijst bij elkaar komt en er geen dubbele registratie meer hoeft plaats te vinden.
- de patiënt de juiste diabetesmedicatie voorgeschreven krijgt.
- continuïteit van diabetes medicatie gewaarborgd wordt.



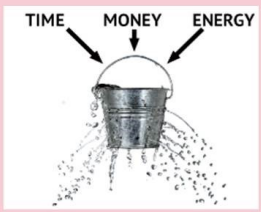
HIX ≠ EVS

Meten

- ≥ 2 minuten verlies per dag per diabetespatiënt (45 regulatie patiënten) voor (diabetes –)en afdelingsverpleegkundige vanwege dubbele registraties.
- Foutgevoelig : ± 30 VIM diabetes medicatie /jaar
- Verstoringen in het proces (herstellen/ vragen/ bellen) leveren tijdverspilling op

Tijdverspilling: ≥780 uur/jaar

(op basis van 52 weken en 5 werkdagen)



Analyseren

Oorzaken :

- Handmatig proces
- Dubbele registratie nodig (diabeteslijst en EVS)
- Diabeteslijst loopt vaak vast
- Diabeteslijst moet steeds opnieuw worden aangemaakt
- Foutgevoelig
- Moeilijk diabetes medicatie terug te vinden ; niet door te doseren
- Daglijst ≠ toedieningslijst
- HiX werkt niet vriendelijk

→ Prijs van ergernis is onbetaalbaar

→ Voor de in het weekend opgenomen patiënten met diabetes wordt diabetesmedicatie niet/ niet goed geregeld en/of door gedoseerd

Verbeteren

1. Digitale proces aanpassen: één systeem om gegevens t.a.v. diabetesmedicatie te verwerken.
2. Doseren van diabetesmedicatie in EVS
3. Eenduidige en minder bewerkelijke manier van doseren diabetes medicatie

Door doseermodule diabetes medicatie ontwikkelen

Testdagen laten nog issues zien die eerst opgelost moeten worden alvorens ziekenhuisbreed te kunnen implementeren. Verwachte invoering maart 2020

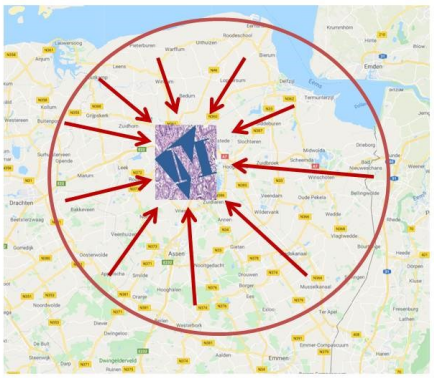
Controleren

Door doseren diabetes medicatie wordt tegelijk met door doseren acenocoumarol / fenprocoumon geïmplementeerd. Handleidingen worden geschreven; trainingen worden ingepland; communicatie uitgewerkt.

Projectleider: Ingrid Wierenga
Opdrachtgever: Martin de Vink

Met dank aan het projectteam!

Voorspelbare aanvoer
(op de pathologie)



Definiëren

- Beter voorspelbaar maken hoeveel materiaal per dag op de pathologie wordt ontvangen.
- Hierbij kan deze input worden gebruikt voor zes wekelijkse planning van de bezetting per afdeling binnen de pathologie MZH.

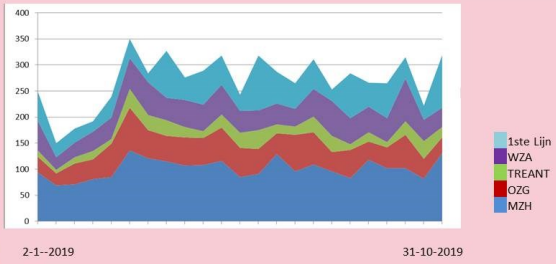
Suppliers	Input			Proces	Output		Klanten
	Wat				Wat	Eisen	
• CLE • Omloop OK • Afdelings assistenten poli • Medewerkers ontvangst • Analisten • Pathassers • Pathologen	• Patientenmateriaal • Aanvraagformulier • Order			START Ontvangst EINDE	• Uitslag • Vervolg onderzoek	• Juiste uitslag • 95% binnen 5 werkdagen • Uitslag vriescoupes binnen 1 kwartier na ontvangst • Mammapoli uitslag volgende dag voor 11 uur	• Patient • Externe aanvragers ziekenhuizen • Externe aanvragers HA • Interne aanvrager OK/DB • Interne klant Poli

Ontvangst materiaal → Nummer en invoeren patientmateriaal → Doorvoer naar de uitsnijkamer → Verwerken patientmateriaal

Meten

- Conclusie: De fluctuatie ontvangen onderzoeken 1ste lijn, per weekdag, zijn significant groter dan de fluctuatie van de ziekenhuizen, per weekdag.
- Wijzigingen in aanvoer 1ste lijn is eenvoudig te realiseren.

2019	gemiddeld
ma	54
di	48
wo	26
do	82
vr	48



Analyseren

1. *Voor het bepaalde van de belangrijkste oorzaken is de ANOVA gebruikt en is een interview met de CLE gehouden.*
2. *In de ANOVA is gekeken naar de inzenders, de periode van inzending en de dagen van de week.*
3. *In het interview met de CLE zijn de routes naar de eerste lijn besproken.*
4. *Aantal bezochte postcodegebieden verschilt per weekdag*

Statistics	Dinsdag	Donderdag	Maandag	Vrijdag	Woensdag
N	80	82	79	82	81
Mean	38.212	53.244	30.608	40.646	23.049
95% CI	(36.3: 40.1)	(50.5: 55.9)	(28.7: 32.6)	(37.9: 43.4)	(21.6: 24.5)
StDev	8,6019	12,288	8,6757	12,437	6,5991

Verbeteren

- In overleg met CLE worden de HA routes aangepast
- HA worden nog maar 1x per week bezocht
- Aanlevering op de pathologie om 16:00 uur
- Positieve bijkomstigheid minder stoormomenten op de ontvangst

Doel

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Postcodes	88	88	88	88	88
Onderzoeken gemiddeld	52	52	52	52	52

Controleren

- Na het invoeren van deze wijziging monitoren we 3 maanden het aantal inzendingen per dag, en vergelijken deze cijfers met de voorgaande periode van drie maanden.

Projectleider: Marloes Pot, Alex Mensen
Opdrachtgever: Baran Dagtekin

Universitair Medisch Centrum Groningen

Samen Verbeteren ~ Lean Six Sigma

Martini Ziekenhuis
een santeon ziekenhuis

Define

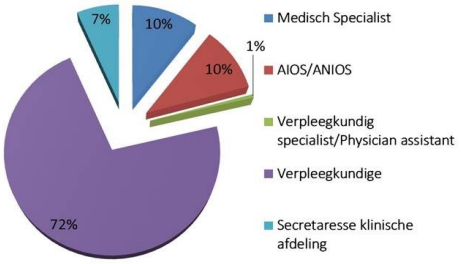
100% van de labuitslagen bloedchemie is op tijd om aan te sluiten bij de voorbesprekingen en visiterondes binnen de kliniek om het juiste beleid voor de patiënt te bepalen.

Grootste doelen:
- Reducering tijdsverspilling;
- Optimaliseren klinische beddencapaciteit en -doorstroming;
- Verhogen patiënttevredenheid.

Measure

HiX

CTQ's:
- Soort aanvragen bloedafname;
- Aantal uitslagen bloedafname;
- Tijdstip uitslagen bloedafname.



Lean Black Belt · SurveyMonkey

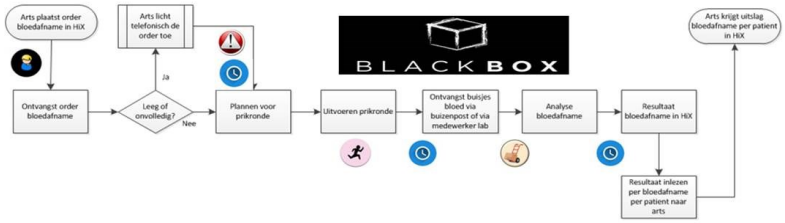
936 verstuurde enquêtes
183 respondenten

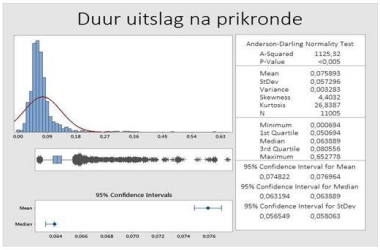
Afdeling	Tijdstip voorbespreking	Tijdstip visiteronde
1B Verpleegafdeling Cardiologie:	8:30	9:00
1E CCU/OBS:	8:30	8:30
2C Verpleegafdeling Interne:	8:30	9:00
2D Verpleegafdeling Interne:	8:00	8:30
3C Verpleegafdeling Chirurgie:	7:30	8:00
4D Verpleegafdeling Chirurgie:	7:30	8:00

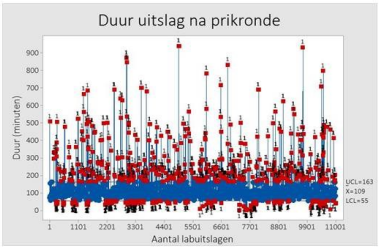
Het totaal van de labuitslagen bloedchemie op tijd is ***5,79%*** bij de grootste afnemende afdelingen na de prikronde van 8:00 uur.

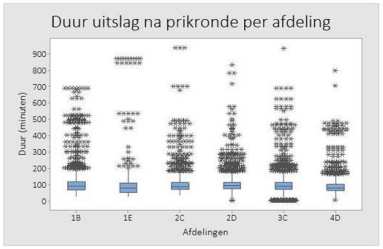
Analyse

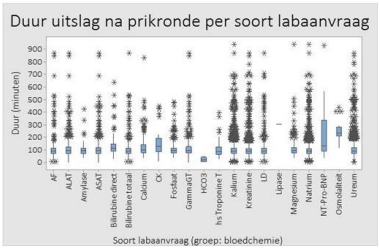
- Het proces van de duur van de labuitslagen, de 'tijdigheid', is geen statistisch beheerst proces;
- De mediaan is bij de zes grootste aanvragende afdelingen nagenoeg gelijk aan 100 minuten en 75% van alle labuitslagen is bij de afdelingen terug binnen 120 minuten na start prikronde;
- De mediaan, de interkwartielafstanden en percentages bij de soort labaanvragen zijn sterker afwijkend van elkaar;
- Kalium, kreatinine, natrium en ureum hebben de meeste uitschieters;
- Bij afdeling 1E zijn de meeste uitslagen op tijd om aan te sluiten en is de duur van de labuitslagen het best gereguleerd.











Improve

- Certe onderzoekt de huidige labprocessen binnen de 'blackbox' van de te verwerken bloedafnames en koppelt de resultaten in Q2 en Q3 2019 terug aan Martini Ziekenhuis;
- Certe en Martini Ziekenhuis onderzoeken de mogelijke optimalisatie van de 'routing' van de bloedafnamelaboranten tijdens de prikronde(s). Het implementatietraject hiervan start met een pilot in Q4 van 2019;
- Certe en Martini Ziekenhuis onderzoeken in 2020 de mogelijkheden voor maatwerk per aanvragende afdeling om de tijdstip(-pen) van de prikronde(s) aan te laten sluiten bij de tijdstippen van de voorbesprekingen en/of visiterondes;
- Certe onderzoekt of met de huidige capaciteit kan worden voldaan aan de vraag vanuit het Martini Ziekenhuis. Dit is een terugkerend onderwerp in de productiebegrotingbesprekingen met Certe.

Control

- Overleg in Q4 van 2019 met datawarehouse om te zorgdragen voor een maandelijkse rapportage in 2020 uit HiX met tijdstip van de labuitslagen van de bloedorders voor het unithoofd Externe Diagnostiek om verbetering(-en) te monitoren;
- Invoeren van KPI's in Q1 van 2020 op het gebied van tijdigheid en volledigheid, in samenwerking met Certe, die bijdragen in het monitoren, sturen en inzicht geven. Dit is een extra maatregel naast de bestaande kwartaalrapportages.

Naam: Natalie Koerhuis

Afdeling: Zorgregistratie en Facturatie, Martini Ziekenhuis

Adviestrajecten

Spoedstromen cardiologie patiënt

Definiëren

- Proces: binnenkomst patiënt op de SEH tot opname
- Doel:
  - Inzichtelijk proces (patiënt stromen, volume en procesprestaties)
  - Afwijkingen van de normen/ prestaties (knelpunten binnen het proces)
  - Advies voor optimalisatie

Meten

- Data patiënt stromen
- Normtijden in proces
- Wachttijden in proces
- In gesprek met arts en verpleegkundigen
- Meekijken met coördinator SEH

Analyseren

- Proces met patiënt stromen
- Ligduur cardiologie patiënt op SEH en SEH zaal
- Verschil tussen pijn op de borst en Atriumfibrilleren (AF)

- Ligduur SEH redelijk stabiel
- 2018: gemiddelde ligduur cardiologie pte 2,8 uur
- Verschilt niet veel voor pijn op de borst of AF (2,7 vs. 2,6 uur)

Adviseren

- Zorgpaden implementeren, ook in Hix zodat beter inzicht komt in normtijden
  - Optimaliseren outflow van cardiologie patiënt vanuit SEH
    - Geen verschil tussen of patiënt naar huis gaat of naar kliniek
    - Wel verschil op welke afdeling opgenomen wordt:
  - Mogelijkheden in optimalisatie van uitvoer en het wachten op resultaten van testen? (samen 36% van wachttijd)
  - Mogelijkheden om supervisie wachttijd te reduceren? (15% van wachttijd)

Verbeteren integrale ketensturing/ C-bogen OK

(deelproject van het project Offline Planning 2.0)

Definiëren

Doel project Offline OK Planning 2.0: integraal sturen op patiëntenstroom teneinde kwaliteit van zorg te kunnen borgen, betrouwbaar te zijn naar onze patiënten en wendbaarheid binnen de organisatie te creëren. Het project richt zich op 3 pijlers:

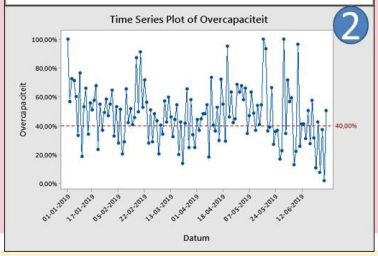
Grip krijgen op de wachttijd voor OK, stabiele uitstroom naar de kliniek (dagelijks vreemde liggers) en reduceren van aantal verschoven/verplaatste OK's waarvoor patiënten al zijn opgeroepen (gebeurt wekelijks)

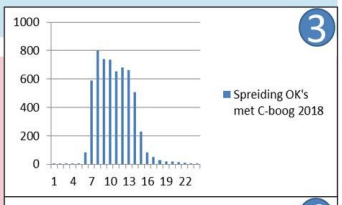
Dit deelproject richt zich op de 3e pijler. De beschikbaarheid van de C-boog (foto, gebruikt voor doorlichting) wordt hierbij in toenemende mate als grootste van de ruim 60 planrestricties ervaren bij het plannen van OK's. Ondanks diverse projecten en initiatieven gericht op optimalisering van de OK planning in 2018 en 2019, komt het toch geregeld voor dat er geen röntgen beschikbaar is, voor OK's buiten de acute traumakamer. Het gevolg is dat OK's verschoven en/of verplaatst worden en dat de wachttijd voor patiënten waarbij doorlichting noodzakelijk is, ernstig oploopt.

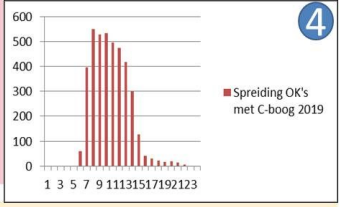
Momenteel zijn er 6 C-bogen in het ziekenhuis.

Meten

- Het aantal OK's met C-boog neemt toe (+21,3% sinds 2013 – **grafiek 1**) en zal door productiegroei vanaf 2020 verder toenemen.
- Bij een servicegraad van 95% is een gemiddelde dagelijkse overcapaciteit van ca. 40% benodigd. Hier zitten we regelmatig onder (**grafiek 2**).
- De meeste OK's met C-boog zijn in de ochtend (8-11 uur). Hier knelt het volgens Opnameplanners, artsen, laboranten en Coördinatoren het meest (**grafiek 3 & 4**). De overcapaciteit is in de ochtend dus nog lager.







Analyseren

- Het hanteren van de C-boog als planrestrictie zorgt voor beperkingen bij het integraal sturen op de patiëntenstroom en heeft nadelige gevolgen voor de patiënten:
  - Wachttijden voor OK lopen op, waardoor patiënten langer last hebben van pijn of kans hebben op bijeffecten van nog niet geopereerd zijn. Recente voorbeelden zijn 2 patiënten die ruim 3 maanden en meer dan een jaar moesten wachten op een operatie.
  - OK's worden onnodig verschoven/verplaatst en dit heeft negatieve gevolgen op de uitstroom naar de kliniek als gevolg van een suboptimaal OK rooster, waardoor patiënten op buitenbedden moeten worden opgenomen.
- De piek tussen 8-11 uur is logisch gevolg van de wens van artsen om zware OK's in de ochtend te uit te voeren.
- Het gebruik van de C-bogen gaat samen met de beschikbaarheid van het aantal laboranten (MBB'ers).
- In de huidige situatie is er geen C-boog back-up bij uitval (in het hele huis is geen enkele C-boog meer aanwezig).

Adviseren

- C-boog capaciteit niet meer als planrestrictie zien, gezien de grote negatieve impact op de keten (zie analyse).
- Uitbreiden C-boog capaciteit naar minimaal 7 C-bogen, wenselijk is 8 (back-up).
- Servicegraad en bijbehorende uitgangspunten bepalen (minimale overcapaciteit C-bogen), om in toekomst te kunnen bepalen of uitbreiding gewenst is.

Projectleider: Ruud Peters
Opdrachtgever: Wouter Loef

Veilige en geborgde diabetes zorg aan de patiënt in de kliniek

Definiëren

VIM meldingen, niet geregistreerde fouten en verstoringen in het proces bij de diabeteszorg voor klinische patiënten buiten kantooruren brengen de veiligheid van deze patiënten in gevaar. (bijv. verkeerde medicatie, geen medicatie, verkeerde doseringen)

Doel: Het diabeteszorgproces in de kliniek verbeteren:

- Reductie aantal diabetes gerelateerde VIM meldingen en reductie hersteltijd.
- Volledige dossiervoering t.a.v. klinische diabetes.

Veilig Incident Melden

Meten

Analyse op het proces m.b.v. een KAIZEN dag laat zien:

- ± 45 te reguleren diabetes patiënten per dag
- ± 30 diabetes gerelateerde VIM meldingen per jaar (blijkt niet reëel; meeste wordt niet meer gevimd)
- ± 20 minuten per dag diabetes gerelateerde telefoontjes bij AA die deels voorkomen hadden kunnen worden
- ± 10 minuten hersteltijd per VPK per dag (verkeerd genoteerde/ niet genoteerde diabetesmedicatie)
- Vele knelpunten in het klinische diabetesproces m.n. buiten kantoortijden.

Analyseren

Knelpunten

1	Geen diab lijst/ beleid in weekend (kom je maandag achter)
2	geen navraag inname tijd en dosering
3	HIX (diabeteslijst) ≠ EVS
4	Te vaak bloedsuiker prikken. En meten vraagt weer om actie
5	Teveel (onnodige) telefoontjes:
	AA niet bereikbaar
	2-4-6 regel niet bekend
	beleid van te voren niet bekend
	beleid bekend maar onzekerheid bij de verpleegkundige
6	Veranderd beleid niet doorgegeven aan diab vpk of AA interne
7	Na IC opname is medicatie/diabeteslijst zoek
8	Educatie AA interne:
	werkafspraken en taken
	supervisie 2C+2D
9	Diab vpk weet niet altijd dat patient met ontslag gaat; proces VOD "klopt niet"; geen signalering
10	Ontslagmedicatie niet aangemaakt
11	Onnodig gluc 5% aangehangen
12	Registratie @ diabetes patienten

Hoofdoorzaken:

- Educatie
- Communicatie
- Registratie m.n. buiten kantoortijden

Adviseren

- Verbeteracties op de knelpunten zijn gekoppeld aan een actiehouder van projectteam; verantwoordelijkheid uitvoering bij Unithoofd en Opdrachtgever.
- Weekend inzet van diabetesverpleegkundige voor 2uur/dag om kwaliteitswinst (continuïteit) in het klinische diabetesproces te verkrijgen en veiligheid patiënt te vergroten.
- Verbeteractie t.a.v. het ontwikkelen van een doordoseersysteem in HiX wordt een nieuw project.

Projectleider: Ingrid Wierenga
Opdrachtgever: Martin de Vink

Referenties

Klaas Hoogenberg over het Diabetes project (augustus 2019)

"De prijs van de ergernis is onbetaalbaar hoog"(Dat zegt meer dan alle deelresultaten op financieel gebied)

Allart Poel, dag-coördinator Endoscopie sept 2019

'Sinds wij de dagstart gebruiken heb ik als coördinator veel minder telefoontjes, omdat we met elkaar afstemmen tijdens de overlegmomenten (dagstart/ middagstart/evaluatie). Het team is actief betrokken bij de dag en weet van elkaar wie wat doet op de dag. Omdat we met elkaar spreken over oplossingen voor verstoringen, merk ik dat de oplossingen ook beter worden gedragen. Problemen worden veel sneller opgelost, zodat het geen frustratie wordt doordat zaken blijven liggen. Ik stimuleer het team om problemen zelf op het verbeterbord te zetten, waardoor het niet alleen 'mijn' probleem wordt, maar men zelf actief wordt om het op te lossen'.

Germa Bijholt, planningsfunctionaris

Doordat jullie als projectleider niet verweven zijn met de cultuur en de structuren in het ziekenhuis,
hebben jullie een heldere en verfrissende scoop op processen.
Tevens kan ik me ook helemaal aansluiten bij onderstaande : *"De projectleider bood structuur, overzicht en hield goed grip op de voortgang van het project."*

Anja Reuterink, analist Pathologie

De positieve benadering en motivatie door de Orange Belt coaches worden zeer op prijs gesteld, zo ook de hulp bij alle problemen die je niet verwacht tegen te komen.

Willemien van den Burg over het diabetes project (2019/2020)

"De projectleider was altijd goed op de hoogte van de knelpunten en ging enthousiast aan de slag om processen te verbeteren. Je stond open voor alle suggesties.

Meedoen aan een werkgroep waarvan jij de projectleider bent is erg plezierig. Je bent een stimulans voor alle leden van de werkgroep om het hoogst haalbare resultaat te verkrijgen; continu gefocust op het te behalen doel en erg inspirerend. Het voelt voor mij hierdoor veilig om aan te sluiten, het gaat bij jou altijd slagen".

Sandra Hamminga over de Orange Belt training

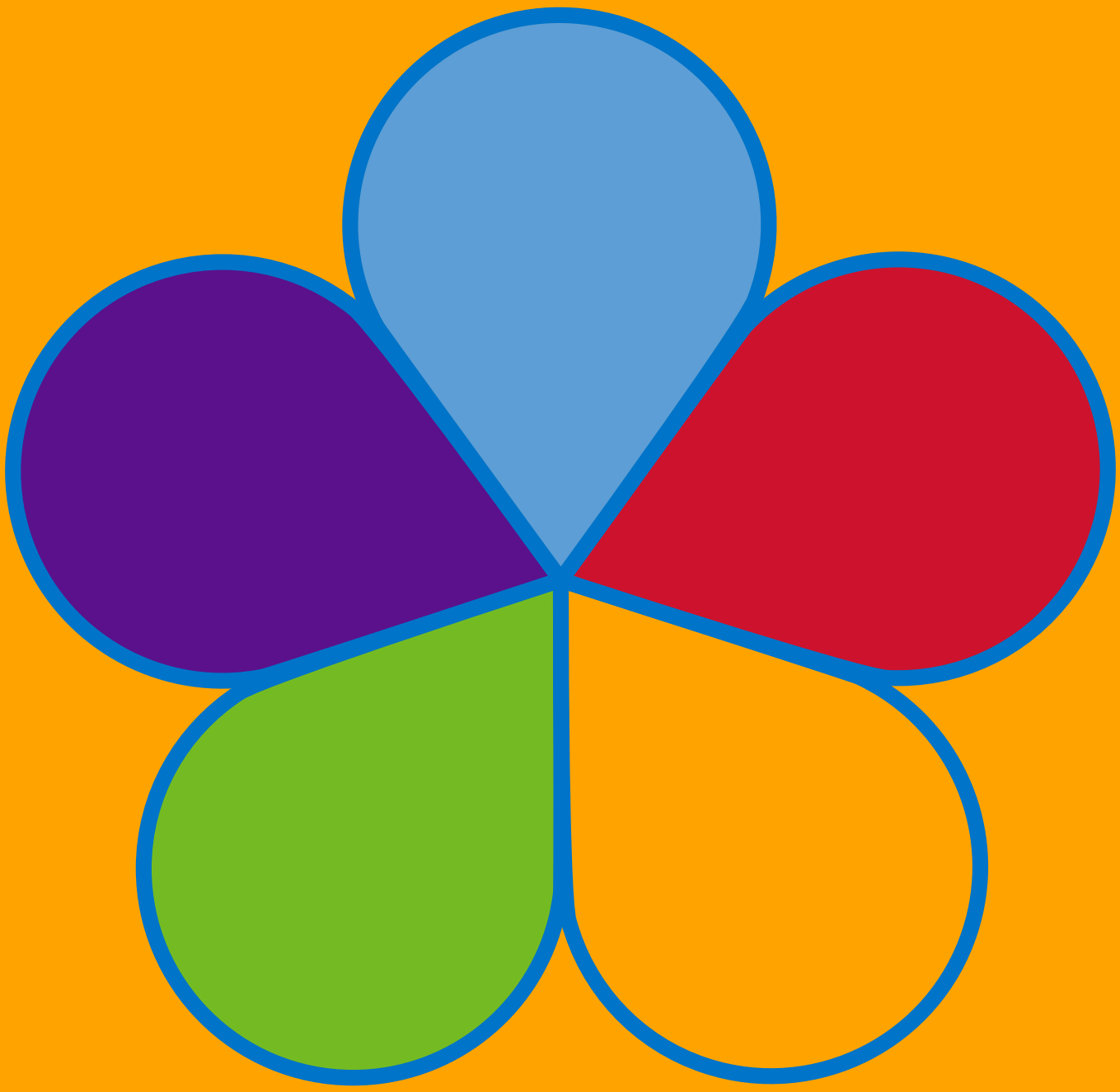
De coach heeft mij op een positieve wijze geholpen met het project. Hij had zicht op de voortgang en ondersteunde mij door input te geven. Daarnaast gaf hij mij vertrouwen, waardoor ik mijn eigen keuzes durfde te maken

Anoniem over het project visite lopen

Met veel passie heeft Ingrid het project 'Visite lopen aan bed' op onze afdeling vorm gegeven.
Waarbij er voldoende ruimte was voor eigen inbreng van het team.

Hoe blijf je op de hoogte?

- Aansluiten bij ontwikkelingen via LidZ site (Lean in de Zorg) www.lidz.nl
- Mogelijkheid benutten om elders op de werkvloer (“Gemba”) te kijken
  - in het MZH op 12 maart en 29 september 2020
  - 2 x per jaar Martini on Tour om elders inspiratie op te doen
  Info volgt via intranet
- Je bent van harte uitgenodigd bij de Leer-en verbeterbijeenkomsten die we 2 keer per jaar organiseren
- Kijk op onze intranetpagina
- We organiseren diverse trainingen; deze worden vermeld op intranet
- Kom een keer langs bij ons op kantoor (3e etage 3Q111 of 3Q208)
- Of neem contact op via mail (lss@mzh.nl) of telefonisch (050-5245234)



Meer weten over continu verbeteren?

Neem contact op met de stafdienst Kwaliteit of kijk op MartiniNet