

Regionale contactbijeenkomst LIDZ

2 december 15.00-17.30 uur.

Programma

- 15.00-15.05 Welkom Patrick Elmendorp (adviseur zorginnovatie)**
- 15.05-15.15 De ervaringen van Debbie van Terheijden Teamleidinggevende Revalidatie over het continu verbeterproces op een afdeling.**
- 15.15-15.45 Kennismaking contactpersonen zuid**
- 15.45-16.45 Gembawalk sessie keuze uit :**
- 1. Hygiëne Infectie Preventie afdeling “Het verbeterbord is ondersteunend t.a.v. operationele processen en bij projecten”**
 - 2. Electieve klinische afdeling “Hoe monitoren wij onze kwaliteit op de afdeling”**
 - 3. Intensive Care “ Hoe zijn de leanprincipes meegenomen in de nieuwbouw op de ICC”**
- 16.45-17.05 Hoe heeft Bravis Continu Verbeteren/ Lean ons geholpen in het behalen van het NIAZ certificaat?**
- 17.05-17.30 Vervolgafspraken/ Afsluiting**

Implementatie Bravis Continu Verbeteren



De effectieve tools zijn:

- Dagstart/ Weekstart
- Verbeterbord
- Verbeterfohn (PDCA cirkel)



De aangeboden trainingen zijn na overleg met afdeling:

- Basistraining voor elke medewerker
- Kopgroep training voor ambassadeurs
- Procesmodules op basis vraag klant



Trainingen Bravis breed:

- Expert training voor leidinggevende (minimaal 1 per jaar)
- Training voor medici (minimaal 1 per jaar)
- Expert training voor medewerkers/ambassadeurs (minimaal 2 per jaar)
- Greenbelt opleiding (minimaal 1 per jaar)



Monitoring

- Kwaliteitsmatrix
- Databank verbeterpunten (Itask uitrol onder regie van I en A)

Speerpunten BCV in de beleidsperiode 2018-2020

KPI	2018	Norm	2019	2020
BCV principe geïmplementeerd op de zorgafdelingen	51%	100%	75%	100%
BCV principe geïmplementeerd op de ondersteunende afdelingen met ondersteuning van de Greenbelt functionarissen	47%	100%	75%	100%
Lean projecten: grootschalige procesoptimalisaties om te ontregelen en te ontzorgen (Met inzetbaarheid van de expertise van BCV experts met Greenbelt achtergrond)		2 tot 5 per jaar	5	5
Jaarlijkse trainingen Bravis breed (expert, medici, Green belt)			ja	ja
Realisatie van een database over alle interne verbeterpunten (Itask) Implementatieplan gearrangeerd vanuit I&A in samenwerking met Cliëntzaken		Gerealiseerd voor 31-12-2020	-	Start project 1-1-2020

*Wat hoop en verwacht je met de regionale
bijeenkomsten van Lidz te bereiken?*

Kennismaking

Mijn naam is

Ik werk bij

In onze organisatie:

Nee Beetje Ja

Is er een heldere missie, visie en strategie

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Voeren medewerkers kort cyclisch verbeteringen door

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geven leiders fouten toe

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er ruimte om te experimenteren binnen de kaders

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geven mensen elkaar constructief feedback

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denken we positief over elkaar

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Focussen we op het proces i.p.v. de individuele fouten

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Werken we teamgericht

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is er een cultuur van vertrouwen en niet van angst

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wil ik als medewerker heel graag werken

1	3	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Individueel



Duo's



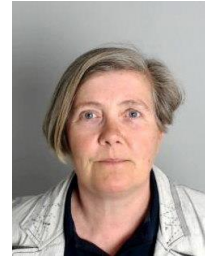
Plenair

Gemba's

Hygiëne Infectie Preventie afdeling	Electieve klinische afdeling	Intensive Care
“Het verbeterbord is ondersteunend t.a.v. operationele processen en bij projecten”	“Hoe monitoren wij onze kwaliteit op de afdeling”	“ Hoe zijn de leanprincipes meegenomen in de nieuwbouw op de ICC”

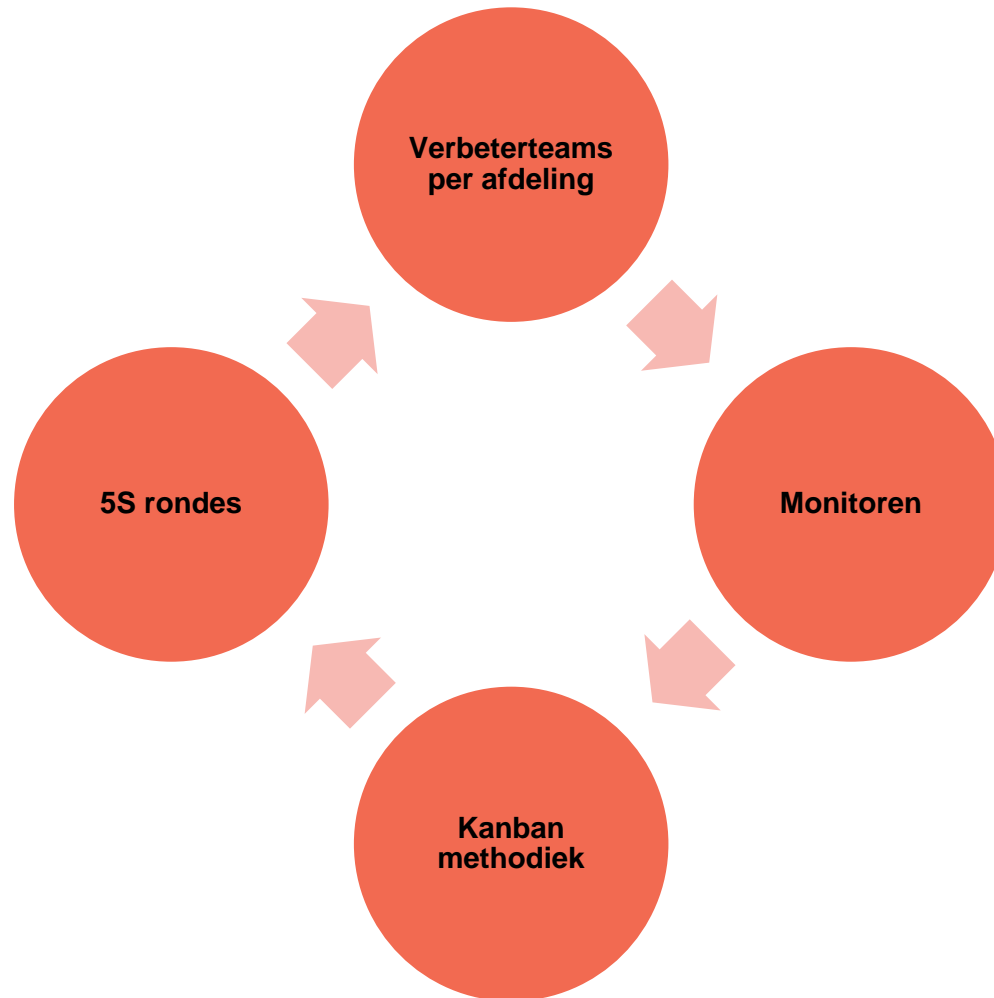
Tip en Top meegeven aan de bezoekende afdeling

Gemba's



	Groep 1	Groep 2	Groep 3
15:45 – 16:05	IC/CCU (1B+)	HIP (6B)	Electief (3A/B)
16:05 – 16:25	Electief (3A/B)	IC/CCU (1B+)	HIP (6B)
16:25 – 16:45	HIP (6B)	Electief (3A/B)	IC/CCU (1B+)

Hoe heeft Bravis Continu Verbeteren/ Lean ons geholpen in het behalen van het NIAZ certificaat?



Verbeterteam per afdeling

- Verbeterteam bestond uit: Leidinggevende, medisch manager en verpleegkundige.
- Verbeterteams hadden een vaste vergaderfrequentie.
- Aan ieder verbeterteam was een adviseur ZKV gekoppeld .
- Verbeterteam startte met het uitvoeren van een zelfevaluatie.
- Verbeterteam stelde plan van aanpak op en was verantwoordelijke voor implementatie traject.
- Verbeterteam monitorde voortgang verbeterpunten.

Uniform rapportage systeem binnen de gehele organisatie

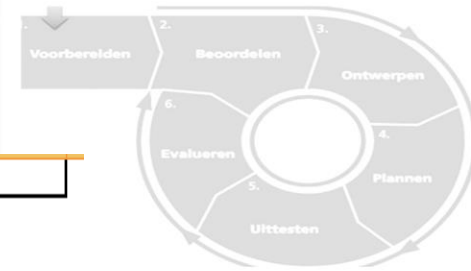
Qmentum zelfevaluatie en verbeterplannen

rt Delen Beeld

↑ > Deze pc > Groups (L:) > Qmentum zelfevaluatie en verbeterplannen

	Naam	Gewijzigd op	Type
egang	1. ZE OK	28-10-2019 12:42	Bestandsmap
	2. ZE Acuut complex	5-11-2019 10:02	Bestandsmap
dingen	3. ZE Electief snijdend	6-11-2019 13:43	Bestandsmap
blad	4. ZE Kindergeneeskunde	29-10-2019 13:50	Bestandsmap
nenten	5.ZE Acute Neurologie	19-11-2019 15:47	Bestandsmap
loads	6. ZE Psychiatrie en Medische Psychologie	6-11-2019 14:34	Bestandsmap
k	7. ZE Interne geneeskunde	31-10-2019 12:54	Bestandsmap
s	8. ZE Geriatrie GAAZ en ZE Reumatologie	26-10-2019 04:15	Bestandsmap
ppen (\zkh.l	9. ZE Longgeneeskunde en ZE Cardiologie	22-10-2019 10:42	Bestandsmap
s (L:)	10. ZE Revalidatie	28-10-2019 09:34	Bestandsmap
	11.ZE Behandelcentrum, dagopname en ...	8-11-2019 19:36	Bestandsmap
	12.leeg geplaatst in 11	21-5-2019 18:21	Bestandsmap
	13. CSA, endoscopie behandelcentrum, i...	14-5-2019 08:05	Bestandsmap
	14. ZE Dermatologie	23-9-2019 11:28	Bestandsmap
	15. ZE Zorglogistiek	18-11-2019 13:01	Bestandsmap
	16. Barietrisch centrum	5-11-2019 16:51	Bestandsmap
	17. ZE MKC	16-10-2019 15:46	Bestandsmap
	18. ZE.Spoedeisende Hulp	7-11-2019 05:55	Bestandsmap
	19. ZE IC CCU EHH	22-11-2019 05:27	Bestandsmap
	20. Oncologisch centrum	13-11-2019 11:21	Bestandsmap
	21. Medische Beeldvorming	11-11-2019 14:45	Bestandsmap
	22. KCHLT	30-1-2019 13:11	Bestandsmap
	23. Medische Microbiologie en infectiepr...	6-3-2019 14:01	Bestandsmap
	24. Apotheek	12-11-2019 13:09	Bestandsmap
	25. Finance en Control	30-1-2019 13:11	Bestandsmap
	26. Informatisering en automatisering	30-8-2019 08:19	Bestandsmap
	27. Huisvesting	14-3-2019 12:57	Bestandsmap
	28. Facilities	17-11-2019 14:51	Bestandsmap
	29. Inkoop	31-7-2019 10:24	Bestandsmap
	30. Cliëntzaken	30-1-2019 13:11	Bestandsmap
	31. Informatiebeveiliging	26-3-2019 13:26	Bestandsmap
	32. HRM	15-8-2019 10:31	Bestandsmap
	33. ZE Medische Technologie	22-8-2019 08:30	Bestandsmap

Uniform rapportage systeem binnen de gehele organisatie



Onderwerp	Informed consent KI, poli, dtb	
Verantwoording van:	PAAZ	
Gerealiseerd voor:	okt t/m dec. 2018	

Voorbereiden	Gerealiseerd
Is alle relevante informatie / documenten aanwezig?	Ja
Breng indien nodig de huidige situatie in kaart (dit kan m.b.v. waardeestroomanalyse)	Ja
Fase afgerond	Ja

Beoordelen	Gerealiseerd
Tegen welke knelpunten lopen we aan?	Ja
IBP kliniek > 90%	Ja
IBP DTB > 90 %	Ja
IBP polikliniek > 90%	Nee
Fase afgerond	Ja

Ontwerpen	Gerealiseerd
Beschrijf het gewenste proces Bravis breed.	Ja
Toets of de nieuwe werkwijze voldoet aan wettelijke richtlijnen .	Ja
Fase afgerond	Ja

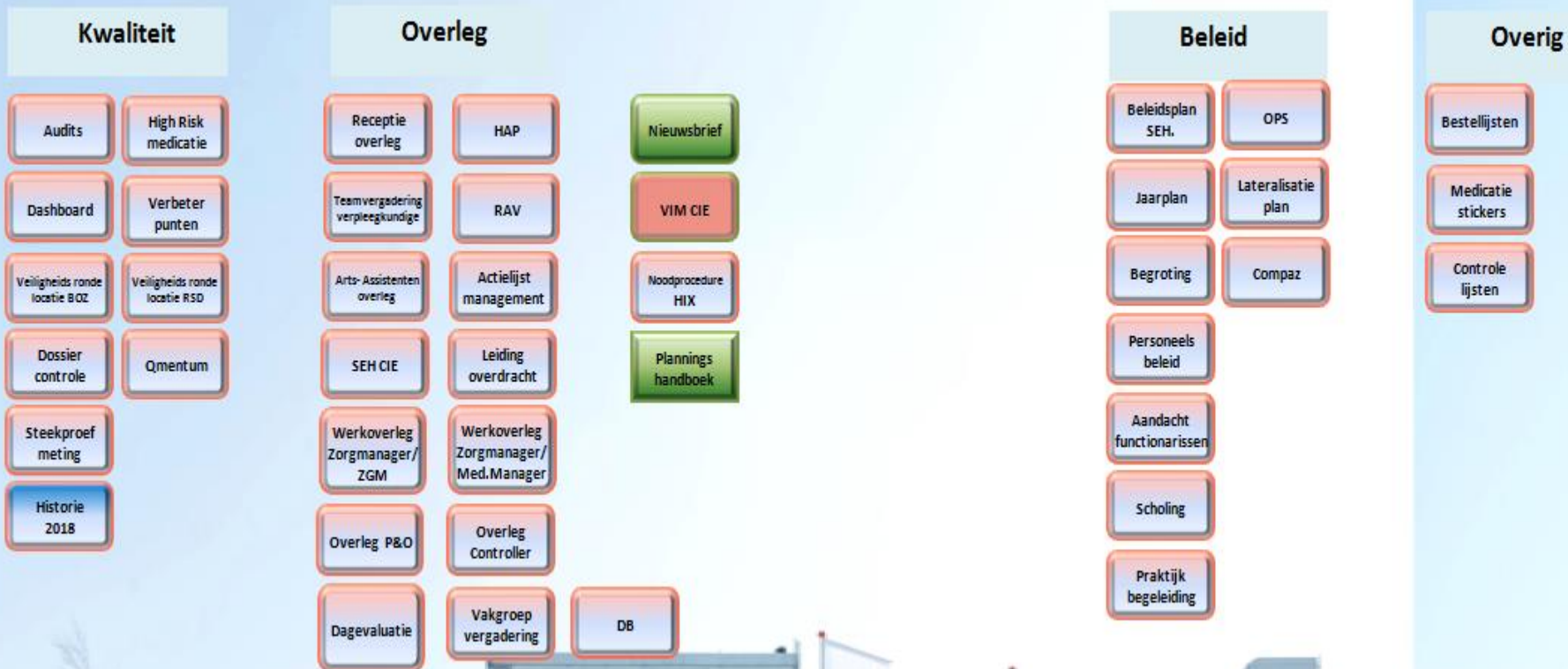
Evalueren	Gerealiseerd
Het nieuwe proces wordt geevalueerd binnen	
Het nieuwe proces wordt indien nodig bijgesteld.	Ja
Voortdurende monitoring via steekproeven	Ja
Fase afgerond	Ja

Uittesten	Gerealiseerd
Het team test het nieuwe proces uit?	Ja
Voer evt. een PRI uit over het nieuwe proces.	
Fase afgerond	Ja

Plannen	Gerealiseerd
Bepaal welke acties er nodig zijn om het gewenste proces te kunnen realiseren.	Ja
Welke communicatie vormen zijn er nodig om het team te informeren.	Ja
Fase afgerond	Ja

Uniform rapportage systeem binnen de gehele organisatie

Zorgeneenheid Spoedeisende hulp



Kanban methodiek

Leidraad iProva protocol reinigingsmaterialen



Ontzorgen administratieve last; diversiteit aan registratielijsten verwijderd

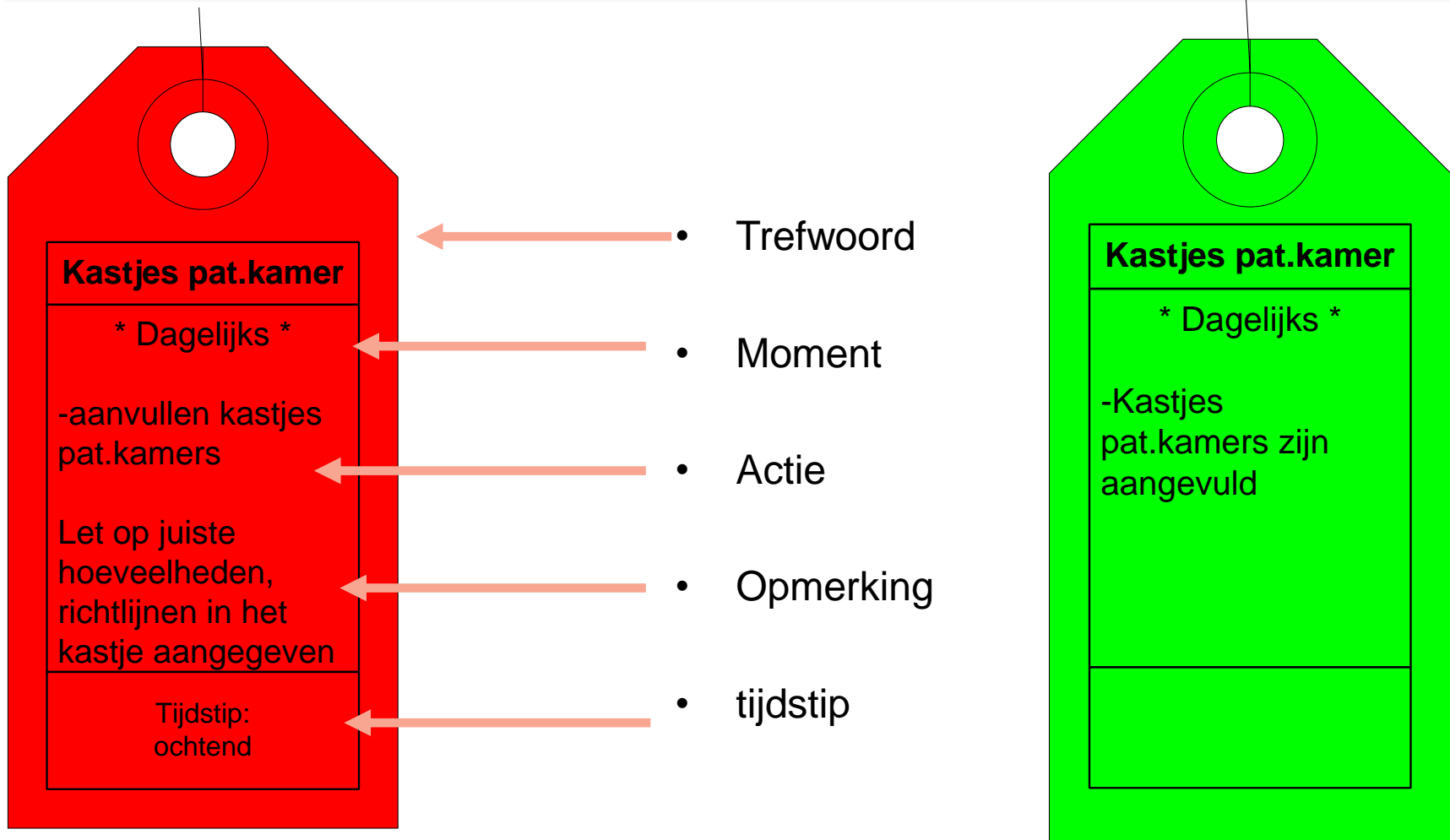


Kanban methodiek

Schoonmaak apparatuur of hulpmiddel

Polikliniek Geriatrie locatie BOZ		
	Dagelijks Reinigen met wecoline doekjes	Maandelijks
Ruimte OP 021.1 Secretariaat		
PC	beeldscherm, toetsenbord en muis	VOLLEDIG
Ruimte OP 0212 Spreekkamer Geriater		
Behandeltafel (na iedere patiënt schoonpapier)	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Bladderscan	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Meetlat	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Bloeddrukmeter	Manchet	VOLLEDIG
Weegschaal	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
PC	beeldscherm, toetsenbord en muis	VOLLEDIG
Ruimte OP 0005 Spreekkamer Geriater		
Behandeltafel (na iedere patiënt schoonpapier)	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Meetlat	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Bloeddrukmeter	Manchet	VOLLEDIG
PC	beeldscherm, toetsenbord en muis	VOLLEDIG
Ruimte OP 0026 Spreekkamer Geriater		
Behandeltafel (na iedere patiënt schoonpapier)	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Meetlat	Contact oppervlakken	VOLLEDIG
Bloeddrukmeter	Manchet	VOLLEDIG
PC	beeldscherm, toetsenbord en muis	VOLLEDIG

Kanban methodiek



5S rondes

Op alle afdelingen zijn 5 S rondes uitgevoerd door afdelingen zelf met ondersteuning clientzaken.



Vervolg

Zijn er behoeftes voor vervolgspraken regio zuid?

Welke uitdaging heb je / heeft de organisatie,
waarbij je hulp vanuit het netwerk kunt gebruiken?

Tip en Top t.a.v. organisatie

