

Het UMC Utrecht

Patiëntenzorg

Onderwijs

Onderzoek



Het UMC Utrecht



218,757

unieke patiënten



25,970

opnames



4,097

studenten



223

verpleegkundigen i.o.



11.897

medewerkers



672 (FTEs) AIOs¹



1,462 PhD studenten

Om in de toekomst goede zorg te blijven leveren is verandering noodzakelijk

	Van	Naar
	Zorg is goed als de patiënt de juiste medische zorg heeft gehad	Zorg is pas goed als de patiënt de zorg als goed ervaart
	Opereren in eilandjes waarbij we ons beperken tot de kern van onze eigen taken en niet omkijken naar taken van een andere	Multidisciplinair werken; transparant maken waar eenieder werkt
	Individueel handelen , geen hulp vragen stellen dan wel verbeterpunten benoemen	Gezamenlijk goede zorg leveren, door knelpunten te benoemen en hulpvragen te stellen en hulp te verlenen
	Weinig “regelruimte” op de werkvloer	Meer “regelruimte”; besluiten nemen daar waar de taken worden uitgevoerd
	Persoonlijke verantwoordelijkheid voor ons eigen werk	Gezamenlijk verantwoordelijk voor goede zorg

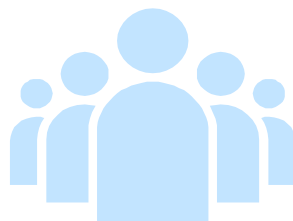
Samen Voor de Patiënt veranderverhaal

Wat is de aanleiding?

De omgeving waarin het UMC Utrecht functioneert, is continu **aan verandering onderhevig**.

Ook verandert **de vraag van de patiënt** aan de organisatie.

Het UMC wil **snel en duurzaam in kunnen spelen** op deze veranderingen.



Wat is SVP?

Samen Voor de Patiënt leert professionals **continu te verbeteren** om patiënten vandaag en in de toekomst de beste zorg te geven.

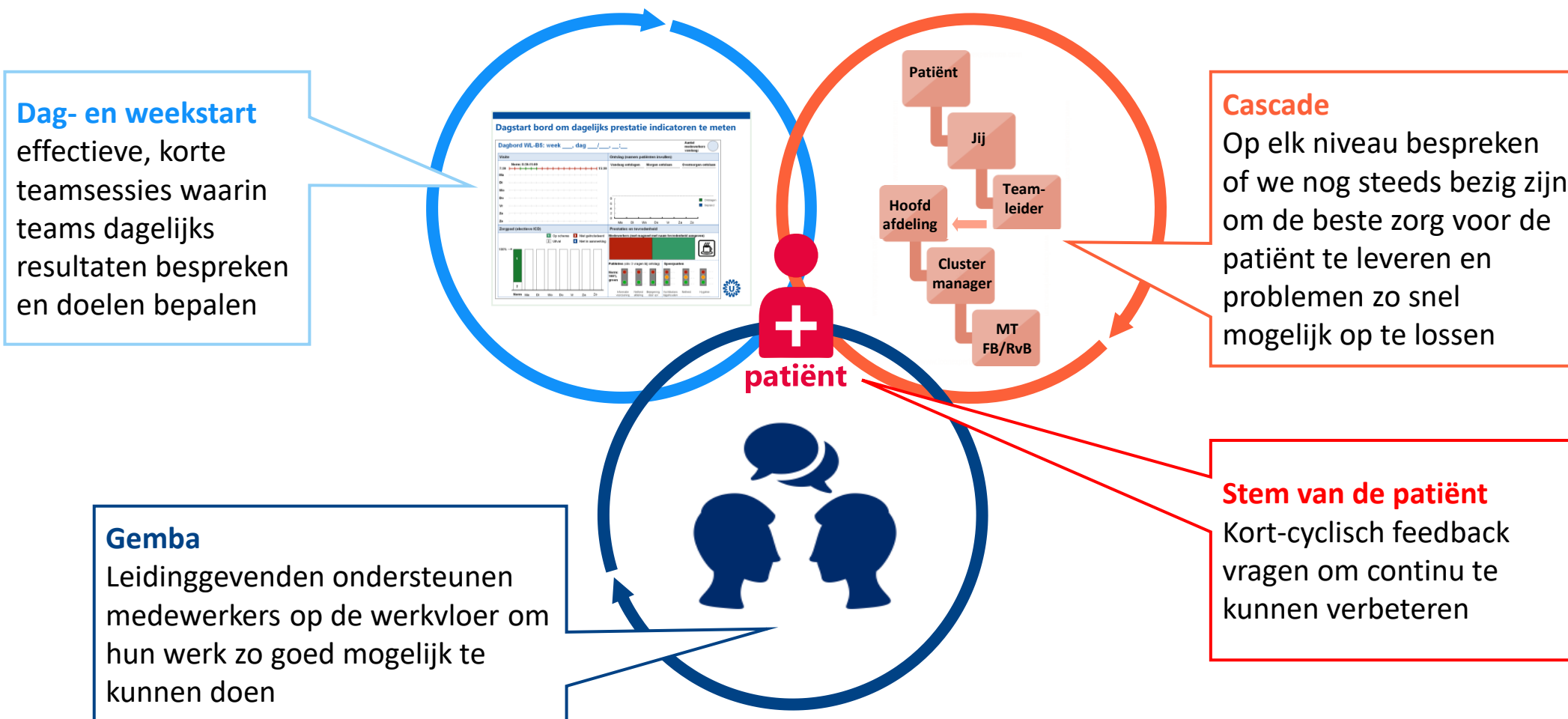
Hierbij wordt gebruik gemaakt van jouw **praktische ideeën** om het dagelijks werk te kunnen verbeteren.

De **stem van de patiënt** staat centraal in de manier van werken.

Wat is het uiteindelijke doel?

Het uiteindelijke doel is om zowel de **patiënttevredenheid**, **medewerkerstevredenheid**, **kwaliteit en veiligheid** en **productiviteit** te verhogen.

Tijdens de implementatie introduceren we drie kern instrumenten om de cultuur van continu verbeteren te borgen





Rapportage continu verbeterassessment

Strategie & Beleid



UMC Utrecht

Het assessment geeft inzicht in de ontwikkeling van de SVP werkwijze

Doel

Met het continu verbeter assessment maken we inzichtelijk hoe Samen Voor de Patiënt zich als manier van werken ontwikkelt in het UMCU. We willen samen continu verbeteren om ook in een veranderende omgeving onze doelen te kunnen behalen.

Aanpak

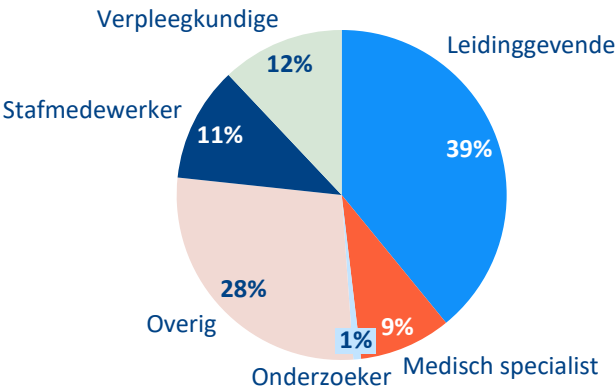
Deze rapportage is tot stand gekomen door **het afnemen van interviews** (met divisieleiding/ directeuren en leidinggevenden), het **bezoeken van dag- en weekstarts** en **het invullen van een online vragenlijst** door zowel leidinggevenden als medewerkers van de d/d op de onderdelen van SVP.

Uitkomsten en volgende stappen

De uitkomsten van het assessment geven aan wat goed ontwikkeld is t.a.v. continu verbeteren en waar nog verbeterpotentieel zit. De rapportage is bedoeld om met elkaar over in gesprek te gaan en om te bepalen wat voor jullie het komende jaar van belang is om verder in te ontwikkelen en waar jullie de ondersteuning van de SVP expert bij willen inschakelen.

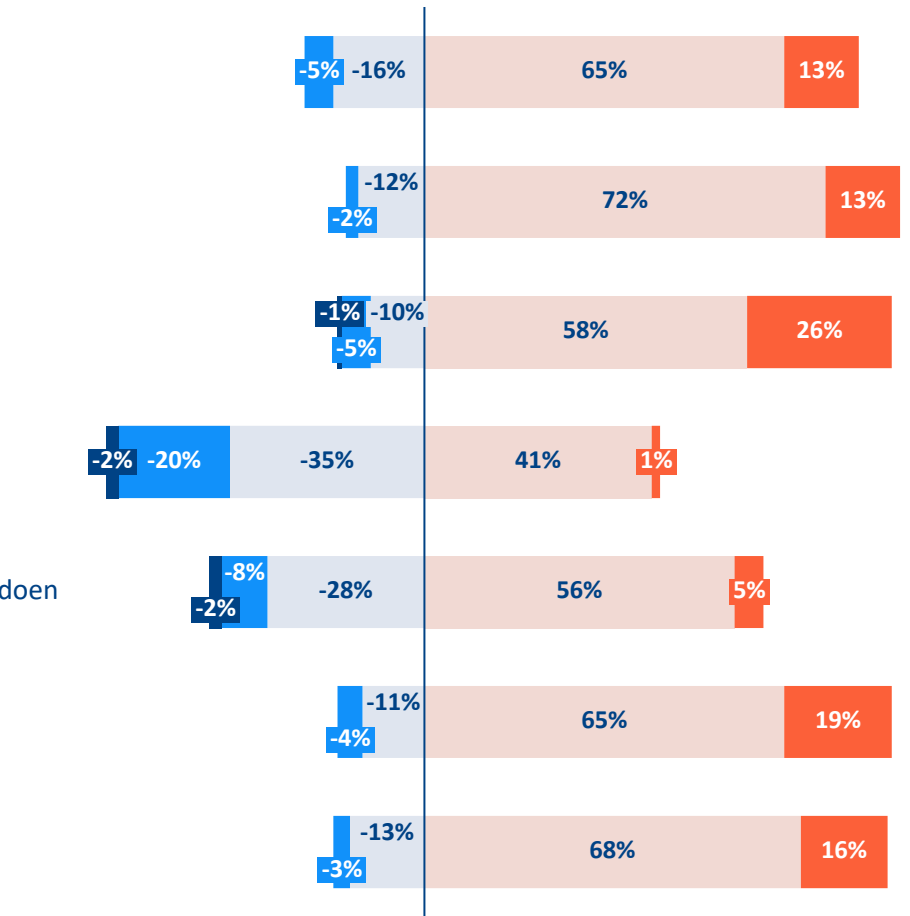
Daarnaast stellen we een totaalrapportage op voor het UMC Utrecht met als doel te kijken wat huisbrede thema's zijn. Deze rapportage zal gedeeld worden met RvB, divisieleiding en directeuren.

Uitkomst vragenlijst SVP verbetercultuur



N = xxx

- Ik vraag actief om feedback
- Ik geef actief feedback
- Ik ervaar regelruimte om knelpunten zelf of samen met mijn collega's op te lossen
- We meten de effecten van verbeterinitiatieven
- Wij werken aan heldere en meetbare doelen die er toe doen
- Wij werken multidisciplinair en gelijkwaardig samen
- Wij zoeken voortdurend naar manieren om onze manier van werken te verbeteren



Uitkomst continu verbeterassessment – [divisie/directie]

Overall

63%



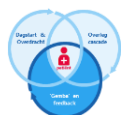
Stem van de patiënt

60%



Dagstart en cascade

55%



Gemba en leiderschap

75%



1	Continu Verbeter assessment			Datum:	Afdeling:	Expert:						
2	Let op: je kunt pas naar een volgend volwassenheidsniveau als het voorgaand niveau met een 'ja' beantwoord is. Wanneer aan een deel voldaan wordt van een niveau, tel je het aantal subvragen waarop een 'ja' geldt mee. Dus bij 5 subvragen telt ieder 'ja' voor 0,2 mee. Bij 4 subvragen telt iedere 'ja' voor 0,25 mee.											
3		ID	Gebied	Niveau 1 SVP helemaal niet geïmplementeerd	Niveau 2 Een goede tool bestaat	Niveau 3 de tool/werkwijze wordt goed gebruikt	Niveau 4 Effect SVP behaald	Niveau 5 SVP Best Practice	Invoerveld	Excellence score	Score per onderdeel	Opmerkingen
4	Stem van de patiënt	1a	Stem van de Patiënt /Klant	De patient-, klanttevredenheid wordt niet gemeten	De patient-, klanttevredenheid wordt kort- cyclisch gemeten (min 1x per half jaar)	Er zijn doelen gesteld op het verbeteren van de patient-, klanttevredenheid	De doelen op patient-, klanttevredenheid worden maandelijks besproken en zo nodig worden er (verbeter)acties ingezet	Het team vraagt actief naar feedback (in direct contact) bij patienten en klanten	4,00	0,8	80%	Binnen Beeld en Onco wordt er structureel patientenfeedback opgehaald en wordt de input gebruikt om verbeteracties te formuleren. Daarnaast worden er gesprekken gevoerd met patienten en naasten om de zorg te verbeteren.
5	Dagstart en cascade	2	KPI's en doelen	Er zijn geen doelen en KPI's voor de afdeling	De KPI's ondersteunen de doelen van onze afdelingen en zijn visueel gemaakt voor ons team	De medewerkers kunnen de KPI's uitleggen en zorgen er samen voor dat deze behaald worden	De KPI's ondersteunen de dagelijkse gang van zaken en worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld	De KPI's binnen de teams/afdelingen/DD sluiten op elkaar aan en de status van de KPI's zijn automatisch bijgewerkt en beschikbaar	2,00	0,4		Doelen en KPI's zijn op weekstart LT niveau visueel gemaakt op het weekstart bord. Op afdelingsniveau heb ik dit niet gezien en wordt de structuur van de weekstart bij beeld niet gebruikt bij wekelijks overleg bij onco (zonder bord) zie je wel de terug en vooruitblik om te verbeteren met elkaar en wordt de cap.man besproken en hulpvragen met elkaar opgepakt. Bij beeld zou een weekstartstructuur helpend zijn in
6	Dag en cascade	3	Capaciteits-management	Er is geen vorm van capaciteitsmanagement	Er is een capaciteitsplanning met informatie over de verwachte instroom van werk (=vraag) en beschikbare capaciteit van mensen (aanbod)	De capaciteitsplanning is visueel gemaakt en wordt geupdate en besproken	De capaciteit (aanbod) wordt binnen de afdeling afgestemd op instroom (vraag) en wordt voor minimaal 1 maand vooruit voorspeld op basis van prognoses	De capaciteit (aanbod) wordt over afdelingen heen afgestemd op instroom (vraag) en prioriteiten worden gesteld	3,00	0,6		Bij onco is dit structureel ingeregeld maar bij beeld is dit niet een unitoverstijgend proces
				Er zijn geen (digitale) dag- of weekstartborden	Het (digitale) dag- of weekstartbord hangt de meest actuele informatie bij de patiënt	Het (digitale) bord hangt de meest actuele informatie bij de patiënt	Op het (digitale) bord hangt de meest actuele informatie bij de patiënt	Het (digitale) bord is een middel om de meest actuele informatie bij de patiënt				Dagstart hema is volgens vast format en



RvB rapportage Continu Verbeter Assessment

Strategie & Transformatie



UMC Utrecht

Inleiding Continu Verbeter Assessment Samen Voor de Patiënt

SVP is onze manier van werken om samen de gezondheid van mensen te verbeteren en de zorg van morgen te creëren. SVP is daarmee een middel tot een doel en het effect is zichtbaar verbeteren op het gebied van zorg, onderwijs en onderzoek. Om te zorgen dat SVP als werkwijze goed verankerd is en aansluit op wat er nodig is, doen we jaarlijks een assessment. In het assessment kijken we naar hoe de verschillende elementen worden toegepast, wat beter kan en wat nog aandacht nodig heeft. Deze inzichten stelt divisie en directies in staat om gericht volgende stappen te zetten en stelt Strategie & Transformatie in staat om de SVP werkwijze gericht verder te ontwikkelen, passend bij wat het UMC Utrecht nodig heeft.

Met het assessment wordt steekproefsgewijs de SVP werkwijze gemeten en sinds dit jaar verschuift het accent meer naar de onderliggende filosofie. Er zijn 3 interviews afgenomen (een leidinggevende, een divisiemanager en een SVP-ambassadeur). Aanvullend sluit de SVP experts samen met deze 3 collega's aan bij hun dag-weekstart. Ook maken de SVP experts gebruik van eerdere opgehaalde informatie vanuit themagericht werken en is er een korte digitale vragenlijst bestemd voor medewerkers en teamleiders. Het assessment richt zich op de **drie kerninstrumenten** die vanuit SVP aangeleerd worden en de **filosofie**:

De kerninstrumenten

Stem van de patiënt Dagstart & cascade Gemba & leiderschap



De filosofie

- Gebruik maken van **ideeën en inzichten van medewerkers** van de afdeling zelf.
- Executiekraft ontwikkelen door te **experimenteren** en te evalueren en te verbeteren.
- Meten is weten, **objectiveren** van beelden met feiten en cijfers.
- **Heldere en meetbare doelen** die er toe doen.
- **Multidisciplinaire samenwerking** als basis voor succes.

De toetsing uit zich in een totaal score tussen de 0-100. De scores geven de mate aan waarin de SVP manier van werken is geïmplementeerd om continu te kunnen verbeteren. De uiteindelijke waarde zit niet in de scores maar vooral in de dialoog over het assessment zelf. Bij een totaal score tussen 20-40 zijn goede tools aanwezig, tussen 40-60 wordt de tools/werkwijze goed gebruikt, tussen 60-80 wordt het effect van de SVP manier zichtbaar en tussen 80-100 heeft de divisie/ directie een SVP best practice in huis. Door inzicht te geven in de score geven we een indicatie waar de divisies en directies op onderdelen staan ten opzichte van elkaar en hoe ze van elkaar kunnen leren.

Uitgangspunten ondersteuning op de werkwijze van continu verbeteren door Strategie & Transformatie

- Divisies en directies zijn verantwoordelijk voor SVP binnen de eigen divisie en directie.
- Hulpvragen bij divisies/ directies (SVP- assessment >60) worden primair opgepakt door ambassadeurs binnen de divisie/directie.
- Hulpvragen bij divisies/ directies (SVP-assessment <60) worden kunnen worden opgepakt door S&T samen met een ambassadeur, indien voldaan is aan drie voorwaarden:
 - Nadrukkelijk verzoek en commitment van de divisie en directieleiding
 - Passend bij de inzichten uit het SVP assessment
 - Voor, samen, zelf (tijd van medewerkers om werkwijze eigen te maken, betrokkenheid leiderschap, commitment op doelen en aanpak)

Samenvatting – rapportage

Wat gaat goed? - SVP in toenemende mate in de haarvaten

- **Meer stijging dan terugval in de scores**, bijna alle divisies en directies klimmen gestaag door of blijven stabiel. Het aantal divisies en directies die boven de 60 score is wederom gestegen, van 6 naar 9.
- **Jaarplan onderdeel van prestatiedialoog**, veel D/D hebben hun jaarplan toegevoegd aan de prestatiedialoog waardoor er beter gestuurd wordt op uitvoering van het jaarplan.
- 87% van de ondervraagde medewerkers ervaren **regelruimte** om knelpunten zelf of met collega's op te lossen komt uit de enquête over de filosofie van de SVP.

Wat kan beter? – sluiten van de verbetercyclus

- **Vergroten van de veranderkracht** binnen D/D door de verandervaardigheden van medewerkers te vergroten, hen vlieguren te laten maken voor de toepassing. Meer tijd vrijmaken om te verbeteren.
- **Metten van de impact van verbeterinitiatieven:** uit de vragenlijst over de filosofie van SVP komt naar voren dat het verbeterpotentieel zit in het inzichtelijk maken van impact van verbeterideeën.
- **Werken aan haalbare en meetbare doelen** die er toe doen door o.a. het doorvertalen van jaarplannen naar teamniveau en monitoring daarop.
- **Samenwerking** tussen afdelingen en divisies verder uitbouwen door gezamenlijke **problem solves** en het stimuleren van **horizontaal cascaderen**.

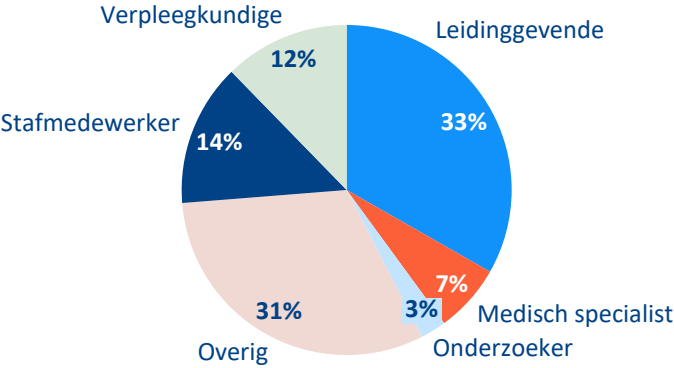
Advies aan de Raad van Bestuur

- Impact gedreven werken vraagt aandacht om echt die keuzes te maken die de meeste waarde toevoegen. De RvB kan scherp zijn op de mate waarin de jaarplannen van divisies en directies concreet genoeg zijn en zijn doorvertaald naar de onderliggende afdelingen.
- Wees een rolmodel door gemba's te doen gericht op een vraagstuk en geef hierover feedback.
- Vraag actief naar wat initiatieven hebben opgeleverd in termen van waarde (meer capaciteit, geld, meer tevreden patiënten etc.).
- Stimuleer en faciliteer de samenwerking op knelpunten over de divisies/directies heen

Acties Strategie & Transformatie

- ☐ Onboarden van nieuwe medewerkers en nieuwe leidinggevendenden ook op het gebied van impact gedreven werken.
- ☐ Vaardigheden versterken en eigenaarschap vergroten door aanbieden van de Lean Orange Belt training en toepassing verankeren.
- ☐ Samen met ICM de mogelijkheden verkennen om over de grenzen van D/D heen processen te verbeteren en mensen op te leiden met Lean Green belt
- ☐ Vergroten en verstevigen Ambassadeurs netwerk met aandacht voor alle disciplines voor zowel verbeteren als projectmatig werken.
- ☐ Verankeren van SVP in (aanpak) organisatieontwikkeling en UMC programma's.

80% van de ondervraagden zoeken continu naar manieren om hun werk te verbeteren, blijkt uit de enquête SVP filosofie

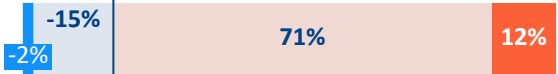


N = 364

Ik vraag actief om feedback



Ik geef actief feedback



Ik ervaar regelruimte om knelpunten zelf of samen met mijn collega's op te lossen



We meten de effecten van verbeterinitiatieven



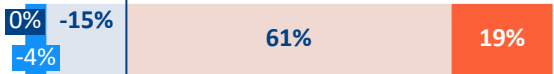
Wij werken aan heldere en meetbare doelen die er toe doen



Wij werken multidisciplinair en gelijkwaardig samen

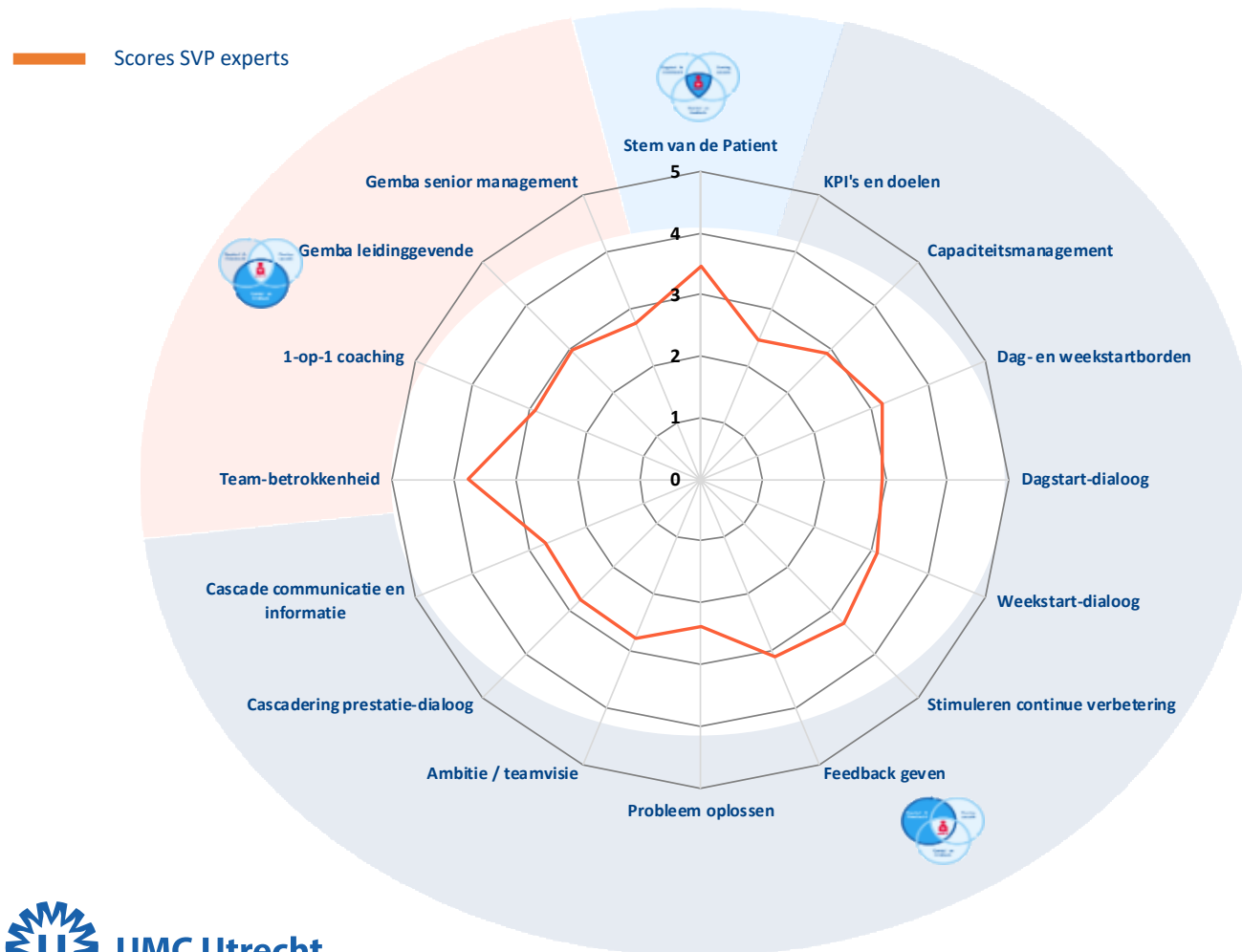


Wij zoeken voortdurend naar manieren om onze manier van werken te verbeteren



Verbeteren op basis van patiëntenfeedback blijft toenemen, verbeterpotentieel zit op het structureel oplossen van problemen

Gemiddelde score per vraag uit het assessment – alle divisies/directies



Observaties

Sterke punten

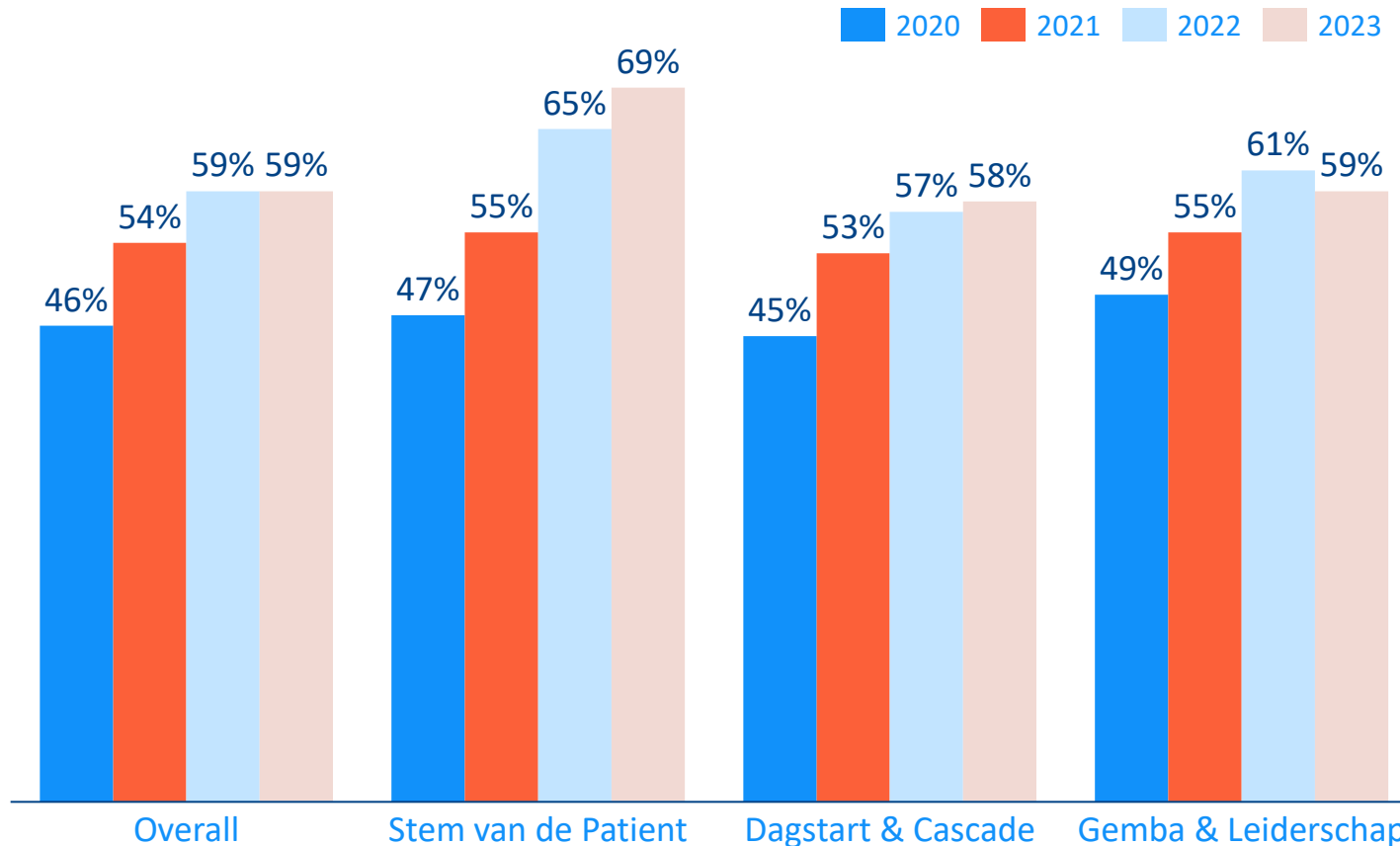
- Verbeteren op basis van patiëntenfeedback is sterk ontwikkeld binnen het UMCU.
- Mate van betrokkenheid bij continu verbeteren blijft hoog.
- Dag en weekstartborden: Op de borden hangt de meeste recente informatie m.b.t. de kritische elementen. Bij een groeiend aantal borden is het zichtbaar hoe het team ervoor staat t.o.v. de afdelingsjaardoelen/kpi's.

Ontwikkelpunten

- KPI's en doelen zijn vaak nog onvoldoende relevant of beïnvloedbaar. Dit heeft effect op de kwaliteit van de prestatiedialogoog en in hoeverre prestaties van de verschillende teams dragen bij aan het realiseren van de doelen. De uitdaging zit in het doorvertalen van de KPI's op teamniveau, zodat ze wel beïnvloedbaar zijn.
- Probleem oplossen gebeurt niet overal via een gestructureerde methode waardoor de grondoorzaak niet altijd boven water komt. Onvoldoende mensen zijn ervaren in het toepassen van deze methode.
- Aandacht voor de cascadering van informatie en terugkoppeling van cascadepunten kan beter. Verschillen in de mate waarin er problemen gecascadeerd worden.

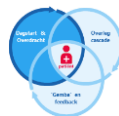
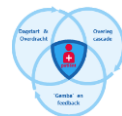
Zet in op vergroten van de veranderkracht van het UMCU door de verandervaardigheden van medewerkers te vergroten en hen te faciliteren om praktijkervaring op te doen

Ontwikkeling assessmentscores over de periode 2020-2023



Next steps

- **Vergroten van het aantal verbeterexperts binnen D/D door deelname aan de Lean Orange belt training.** Na deze training kennen medewerkers de SVP basis, ze weten hoe ze de instrumenten moeten toepassen en kunnen verspillingen binnen hun afdelingsprocessen herkennen.
- **Versterken van het verbeternetwerk en het netwerk project en programmamanagers.** Hiermee vergroten we de samenwerking over de afdelingen heen, kunnen er laagdrempelig hulpvragen aan elkaar worden gesteld en verbeteren en borgen we gezamenlijk de werkwijze. Hiermee verstevigen we het fundament waarmee de afhankelijkheid van S&T wordt verminderd.
- **Inzetten op onboarding:** steeds meer leidinggevenden zijn niet betrokken geweest bij de introductie van de werkwijze. Een goede onboarding zorgt ervoor dat de werkwijze goed aangeleerd wordt. Daarnaast is het nodig om een onboarding gericht op nieuwe medewerkers te ontwikkelen.



Uitkomsten assessment en focuspunten per divisie en directie (1/2)

Divisie/ Directie	Totaal				Delta t.o.v. jun '22	Optioneel*: Divisie/directie gaat aan de slag met..... **
	63%	80%	60%	68%	▼ -2%	
	69%	60%	66%	78%	▲ 9%	
	59%	80%	57%	58%	▲ 2%	
	50%	50%	51%	48%	▲ 5%	
	54%	80%	51%	55%	▼ -14%	
	74%	80%	73%	75%	0%	
	68%	80%	68%	65%	0%	
	61%	60%	60%	65%	▲ 4%	
	nvt	nvt	nvt	nvt		

* Bij totaal score van 60% of lager is het wenselijk om concrete verbeteracties te laten formuleren door divisie/directie voor aankomend jaar

** Niet met elke divisie/directie heeft al een terugkoppelgesprek plaatsgevonden

Uitkomsten assessment en focuspunten per divisie en directie (2/2)

Divisie/ Directie	Totaal				Delta t.o.v. jun '22	Divisie/directie gaat aan de slag met.....
UMCU	68%	80%	65%	73%	▲ 3%	
	56%	80%	54%	55%	▼ -1%	
	65%	90%	65%	60%	0%	
	38%	40%	37%	40%	▼ -14%	
	63%	70%	63%	68%	▲ 1%	
	54%	80%	49%	63%	▼ -4%	
	48%	40%	45%	55%	▲ 2%	
	64%	60%	62%	70%	CVA niet uitgevoerd in 2022	

* Bij totaal score van 60% of lager is het wenselijk om concrete verbeteracties te laten formuleren door divisie/directie voor aankomend jaar

** Niet met elke divisie/directie heeft al een terugkoppelgesprek plaatsgevonden