

# Verbeteren in beeld

Projecten 2020-2021

Editie 7



2020-2021  
editie 7

# Voorwoord

‘**Samen voor de beste zorg**’ is de missie van ons ziekenhuis. Dat doen we door samen, afdeling overstijgend en multidisciplinair, met elkaar te verbeteren en van elkaar te leren. Met als doel mensgerichte en waardegedreven zorg leveren aan de patiënt, zorg die efficiënt en doelmatig is ingericht.

De corona periode heeft laten zien dat we elkaar bij grote en kleine uitdagingen heel goed kunnen vinden voor het blijvend leveren van die juiste zorg aan de patiënten. Laten we die samenwerking vooral vasthouden!

Het samen werken en van elkaar leren staat ook centraal in dit **digitale verbeterprojecten boekje**. We willen onze collega’s en externe partners laten zien hoe we in 2020-2021 vanuit o.a. de Lean Six Sigma (LSS) methode hebben gewerkt aan diverse verbeterprojecten. Soms op afdelingsniveau, zoals de cursisten van de Orange Belt training laten zien. Voorbeelden daarvan zijn ‘Reduceren doorlooptijd immunologische bepaling bij afdeling Pathologie’ en het ‘Reduceren van verstoringen in het bestelproces van de centrale keuken’. Ziekenhuisbrede verbeterprojecten zijn bijvoorbeeld het ‘Opnemen zonder bed, waarbij de patiënt op de dag van ziekenhuisopname eerst naar de Opname Lounge gaat in plaats van naar de verpleegafdeling’ en het ‘Martini Ambulant Geriatrie team, waarbij geriatrische expertise dichtbij huis geleverd wordt’.

We hopen met dit digitale overzicht inzicht te bieden in de resultaten van een aantal projecten die in de afgelopen periode in het MZH zijn gedaan. Mocht je meer willen weten over LSS en verbeterproducten; neem dan contact op met de Unit Procesmanagement & Verbeteren, Stafdienst Kwaliteit / [Iss@mzh.nl](mailto:Iss@mzh.nl).

Martin Boer, directeur Stafdienst Kwaliteit

# Inhoud

Voorwoord .....	1
Afsluiting Orange Belts deel 1 .....	3
Afsluiting Orange Belts deel 2 .....	4
KIJK sessie .....	5
<b>Projecten</b>	
<i>Projecten Orange Belt</i>	9
• Verwerken van nierbiopten op de Immunologie .....	10
• Verstoring patiënten proces infuustherapie Dagbehandeling .....	11
• Reduceren doorlooptijd immunologische bepaling .....	12
• Niet al het weefsel blijft tijdens de immunologische kleuring op het glaasje zitten .....	13
• Wachttijden en piekbelasting Interne transportdienst .....	14
• Verbeteren van de OBZ winkel .....	15
• Efficiënt gebruiken vergadercentra .....	16
• Niet volledig invullen van de bestelaanvraag .....	17
• Bronchoscopie .....	18
• Het bestelproces van de centrale keuken MZH .....	19
• Verbeteren voorraadbeheer hulpmiddelen Verpleegkundig Magazijn .....	20
• Procesverbetering Linnendienst .....	21
<i>Projecten divers</i>	22
• Van wildgroei naar een standaard pakket wondzorgartikelen kliniek .....	23
• Voorspelbare aanvoer (op de pathologie) .....	24
• Verbeteren behandelproces patiënten met diabetes voet wonden .....	25
• Klaarzet proces OK CSA .....	26
• Van patiëntenpas naar legitimatiebewijs .....	27
• Virtual Fracture Care .....	28
• Schakelunit Maartenshof .....	29
• Martini Ambulant Geriatrie team .....	30
• Nieuwe werkwijze Infectiepreventie .....	31
• Commissie doelmatigheid .....	32
• Opnemen zonder bed .....	33
Hoe blijf je op de hoogte? .....	34

# Afsluiting Orange Belts deel 1

Cursisten van de Orange Belt opleiding presenteren hun projecten als afsluiting van hun leertraject. Dit jaar werd dat, i.v.m. corona en het anderhalve meter beleid, gedaan in heel klein comité maar met Ton Tiebosch vanuit de Raad van Bestuur.

Ton heeft het belang van het doen van verbeterprojecten benadrukt en alle cursisten van harte gefeliciteerd met het behalen van hun certificaat.



V.l.n.r. Sandra Bartelds, Chantal Vlieger, Shambhavi Braam, Johanna Burghout en Tom Birza.



V.l.n.r. Selma Bouma, Janine Kuiper, Anja Reuterink, Wouter ter Veld en Thomas Meenken.

# Afsluiting Orange Belts deel 2

De cursisten die geen 2<sup>e</sup> project hebben gedaan of hebben kunnen doen en daarvoor in de plaats een examen hebben gedaan en behaald, zijn nu ook Orange Belt gecertificeerd. Gefeliciteerd!



V.l.n.r. Marjolijn Elzinga, Daniëlle Huiting, Tineke Tuinstra-Boekhoudt, Yvonne Hazeborg, Nathalie Broekmans, Eelkje van der West en Simone Meijer.

# KIJK sessie

Ieder jaar organiseert de Stafdienst Kwaliteit, unit Procesmanagement & Verbeteren, een interne 'postermarkt' waar projectleiders resultaten van hun verbeterprojecten kunnen laten zien in de vorm van een posterpresentatie. Deze markt wordt gecombineerd met een mini-symposium, georganiseerd door de Stafdienst Kwaliteit, over een actueel thema.

Dit jaar is er een ónline postermarkt georganiseerd i.v.m. corona en het anderhalve meter beleid, in combinatie met een mini-symposium over het thema 'samen beslissen'. Met dit thema sluiten we aan bij de nieuwe ziekenhuisstrategie KIJK Martini 2024 waarmee het een "KIJK sessie" genoemd wordt en sluiten we tevens aan bij de actualiteit van de NVZ-campagne samen beslissen.

Deze KIJK sessie ging over Samen Beslissen en hoe je daar als professional handen en voeten aan kunt geven. Het gaat erom dat patiënt en zorgverlener samen bespreken welke zorg of behandeling het beste bij de patiënt past. Dit draagt bij aan mensgerichte en waardegedreven zorg en is op alle afdelingen onderdeel van ons werk.

De aanwezigen hebben inspirerende voorbeelden gehoord vanuit diverse afdelingen over hoe ze daar vorm en inhoud geven aan het Samen Beslissen. De vraag is natuurlijk "Samen beslissen, hoe doe jij dit?".

Klik [hier](#) voor de link naar de film van de KIJK-sessie.

*Het startmoment van de sprekers vind je op de video als volgt terug:*

*00:00:00 Martin Boer*

*00:01:21 Ton Tiebosch*

*00:10:17 Caroline Otter*

*00:21:43 Sjoukje Heidstra & Xandra Reinke*

*00:36:11 Elly Lampert en Steffie Vogels*

*00:50:28 Sonja Scholten*

*01:06:58 Afsluiting*

# Programma KIJK sessie

## Samen Beslissen #hoe dan?

KIJK  
Martini  
2024.



Welkom door Martin Boer, Stafdirecteur Kwaliteit  
Inleiding door Ton Tiebosch, lid Raad van Bestuur

### ***Samen beslissen en de participatieladder - Caroline Otter, verpleegkundige staf***

De participatieladder helpt om de meest geschikte vorm van participatie te bepalen. Per trede van de ladder zijn tools beschikbaar om participatie te stimuleren. Hoe doen we dit in het Martini Ziekenhuis?

### ***Patiënt praat mee via patiëntenpanel - Sjoukje Heidstra, coördinator patiënten participatie en Xandra Reinke, cliëntenraad***

In het patiëntenpanel praten patiënten (online) mee over kwaliteit van zorg en onze services. Het enthousiasme om mee te doen is groot, de eerste resultaten zijn veelbelovend! Wat kan het panel voor jouw werk betekenen?

### ***Samen Beslissen in het nierfalentraject – Elly Lampert, verpleegkundige nierfalen en Steffie Vogels, nefroloog***

Bij nierfalen zijn er verschillende behandelopties. De keuzehulp Martini Niercentrum is een online tool die de patiënt ondersteunt in het maken van een keuze in de behandelopties bij nierfalen. Wat kunnen we leren van de ervaring met de keuzehulp voor nierpatiënten?

### ***Wat voegt waarde toe voor de brandwondenpatiënt? – Sonja Scholten, arts Brandwondencentrum***

Het Brandwondencentrum wil onderzoeken welke onderdelen in het zorgproces al dan niet waarde toevoegen voor de patiënt. Hoe pakken zij dit aan en wat gaat het opleveren?

**Afsluiting**



# Impressie KIJK-sessie



Martin Boer; directeur Stafdienst Kwaliteit, opent de bijeenkomst



Welkomstwoord



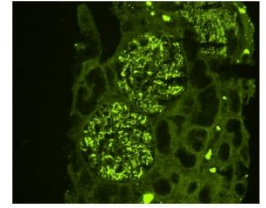
Ton Tiebosch; de KIJK wijzer en strategie MZH



Elly Lampert; samen beslissen in het nierfalen traject

# Projecten Orange Belts

# Verwerking van nierbiopten op de Immunologie



## Definiëren

### Doel:

Het probleem is dat de afdeling immunologie het gevoel heeft dat de verwerking en uitvoering van nierbiopten niet binnen de norm van 10 dagen ligt.

In dit project willen we inzicht krijgen in het proces en de doorlooptijd.

We hebben gekeken naar de verschillende handelingen die worden verricht, het tijdsverlies dat men ervaart en dat onderbouwen.

We willen het proces optimaliseren met een snellere doorlooptijd zodat je ook weer sneller inzetbaar bent voor de routine op de immunologie.



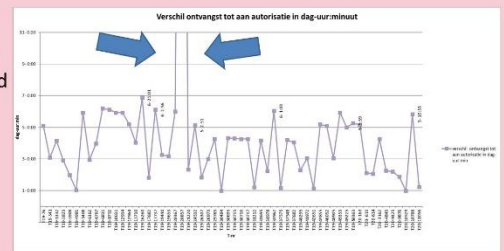
## Meten

### Meetgegevens:

De patiënt (meetgegevens) zijn in verschil in Dag - uur : minuut gemeten.

Van ontvangst nierbiopt tot aan dat de patholoog het heeft geautoriseerd (uitslag).

Ook de stappen die gemeten konden worden en daar tussen zitten zijn meegenomen om inzicht te verkrijgen in de knelpunten.



## Analyseren

### Analyseren van metingen:

De gemiddelde doorlooptijd 4 dagen 14uur en 40 minuten

Dit ligt binnen de norm van doorlooptijd van 10 dagen (100%)

Er is één uitschieter. Deze bleek geen invloed te hebben gehad op het immunologisch proces.

Conclusie: Er is geen sprake van een vertraagde doorlooptijd, alle nummers blijven 100% binnen de norm van de 10 dagen. Het gevoel van overschrijding komt waarschijnlijk door de tijdsdruk welke men ervaart en doordat wanneer er een (on)aangekondigde nierbiopt komt, de andere routine taken blijven liggen.

Bij immunologie zijn we gaan kijken welke verbeteringen we kunnen uitvoeren om het proces zo goed mogelijk te laten verlopen.

Tabel weergave analyses meting	% procenten	
Aantal nummers	67	100
Uitschieter	1	1,5



## Verbeteren

### Verbeteringen:

Tijdens het werkoverleg zijn acties uitgezet om het proces te vergemakkelijken en is geprobeerd het gevoel dat er heerst over de werkdruk op te lossen.

Extern: - De kliniek beneden belt wanneer ze gaan starten met een nierpunctie en wanneer ze naar de pathologie lopen

Ontvangst/uitsnijkamer:

- 2 analisten staan paraat
- Ontvangst heeft een lijst met aanvragen

Immunologie:

- Cassetteprinter geïnstalleerd
- Nieuwe kleurmachines
- Efficiëntere werkmethode ingericht



## Controleren

### Controle:

Na deze verbeteringen nogmaals 36 metingen verricht.

De gemiddelde tijd van binnenkomst tot aan autorisatie is nu 3 dagen 2uur en 17minuten. Dit ligt binnen de doorlooptijd en ook nog lager dan de geanalyseerde meting bij de immunologie.

Vervolg naar onderzoek is nog steeds nodig voor de werkdruk die men ervaart.



# Verstoring patiënten proces infuustherapie Dagbehandeling

## Verbeteren huidige planmethode om capaciteit optimaal te benutten



### Definiëren

#### Probleem:

- Patiënten van de afdeling Dagbehandeling kunnen niet altijd op korte termijn terecht voor infuustherapie omdat de afdeling geen plek heeft
- De veronderstelling is dat de dagbehandeling onvoldoende grip op het planningsproces van de patiëntengroep heeft die voor infuusbehandeling komt en de beschikbare stoelencapaciteit wordt niet optimaal benut wordt

#### Doelstelling:

- Door analyse inzicht verkrijgen in de knelpunten van de huidige planmethode, ontwikkelen van een nieuwe standaard planmethode waarbij de stoelencapaciteit optimaal wordt benut
- Er is voor patiënten die op korte termijn infuustherapie nodig zijn altijd plaats



### Meten

- De aantallen infuusbehandelingen variëren sterk. Er is een inefficiënt capaciteitsgebruik op rustige dagen
- De oorzaak van de variabiliteit van het aantal infuusbehandelingen is de onvoorspelbaarheid van de variatie



- Standaard planafspraken ontbreken
- Het patiënten aanbod is niet voorspelbaar
- Het behandelingschema van de infuustherapie is tijdens het planproces in het EPD niet inzichtelijk
- De frequentie klopt niet altijd met het recept. Hierdoor is er geen mogelijkheid om vervolgsafspraken (vooruit) te plannen
- Voor inplannen van infuusbehandelingen op korte termijn is niet voldoende capaciteit (meerdaagse kuren op korte termijn)
- Capaciteit wordt niet optimaal benut omdat alle secretaresses van de poli's in agenda van dagbehandeling kunnen boeken



### Analyseren

#### Advies over implementatie voorstellen zijn beschreven en besproken:

1. Standaardiseren planmethode, planafspraken vastleggen in het handboek secretariaat Dagbehandeling
2. Voorspelbaar maken patiënten aanbod
  - Behandelingschema's door uitbreiden plancodes inzichtelijk maken tijdens het planproces in EPD, zodat vervolgsafspraken vooruit worden gepland
  - Patiënt geeft voorkeur behandeldag en -tijdstip en -schema aan
3. Capaciteit voor infuustherapie op korte termijn vrijspelen door:
  - Infuusbehandelingen met een standaard doorlooptijd te clusteren + marge te koppelen aan een vaste behandelstoel
4. Planning dagbehandeling centraliseren, beheer door dagbehandeling, backoffice



### Verbeteren

Huidige ontwikkelingen hebben als effect gehad dat de implementatie voorstellen op korte termijn nog niet uitgevoerd kunnen worden

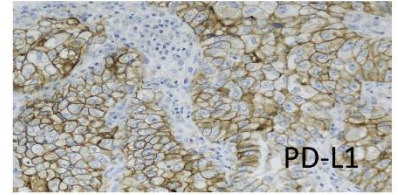
#### Advies Ceàn te starten met:

- Vaststellen maximum aantal patiënten per dag/uur per verpleegkundige
- Dienstrooster op tactisch niveau aan te passen
- Implementatie nieuwe planmethode



### Controleren

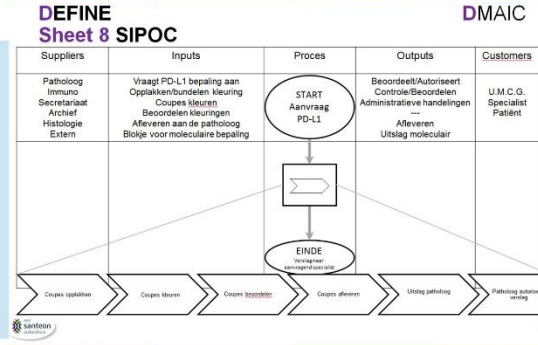
# Reduceren doorlooptijd immunologische bepaling



**Probleem:**

Het proces van een specifieke laboratorium bepaling duurt te lang. Deze is langer dan de gemiddelde doorlooptijd.

**Doel:** Doorlooptijd verbeteren zodat het moleculaire proces eerder kan beginnen.



← Grafische voorstelling doorlooptijd:

- De gemiddelde doorlooptijd is 7,5 werkdag.
- Waarom is de doorlooptijd van de ene casus 5 dagen en van de andere casus 18 dagen.



1. Het proces van deze immunobepaling valt buiten het reguliere immunoproces. Door piekbelasting en de bestaande flow in het routineproces blijft de PD-L1 bepaling liggen, een eiwit dat van belang is bij immunotherapie bij kanker.
2. Met andere kleuringen en He (Haematoxyline-Eosine) kleuring moeten de coupes beoordeeld worden om een volledig beeld te verkrijgen. Zonder extra kleuringen is de coupe niet goed te beoordelen. De kleuringen moeten opgezocht worden, wat tijd kost.
3. Op een tijdstip dat men moe is en op een tijdstip dat er andere prioriteiten zijn is het de bedoeling dat de PD-L1 beoordeeld wordt.

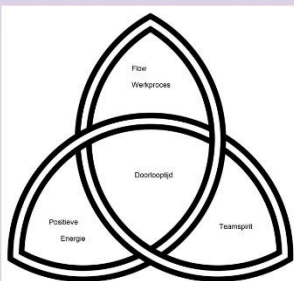


**Conclusies:**

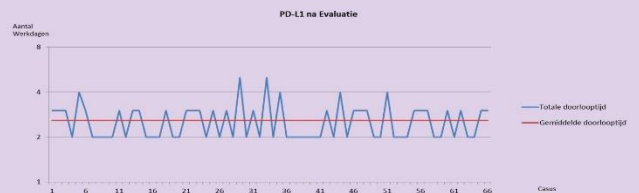
- In elke fase is er winst/ kwaliteitswinst te behalen; per fase verbeteren.
- Betere standaard en betere borging, door inpassing in het routine proces.

**Aanbevelingen:**

- In routineproces inpassen voor betere flow.
- ‘s Morgens coupes beoordelen als men niet moe is.



Door werkwijze in te passen in het routine proces is er een goede borging. ‘s Morgens beoordelen gaat prima. Doorlooptijd is gereduceerd met 5 werkdagen. Zie grafiek na evaluatie:



# Niet al het weefsel blijft tijdens de immunologische kleuring op het glaasje zitten



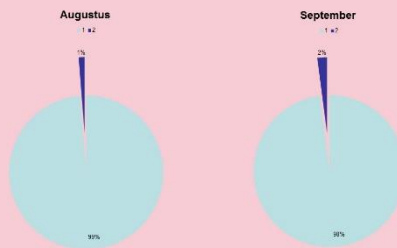
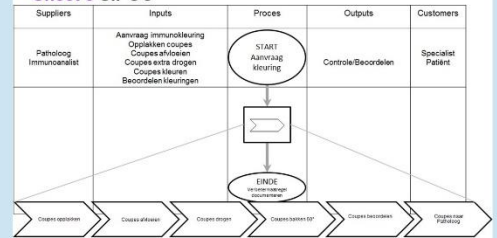
## Probleem:

Niet al het weefsel blijft tijdens de immunologische kleuring op het glaasje zitten.

## Doel:

Geen kleuring overdoen omdat het materiaal loslaat.

## DEFINE Sheet 8 SIPOC DMAIC



← 1% of >1% weefsel eraf is niet acceptabel:

- Augustus >1% weefsel eraf. 39 eraf van de 3070 totaal
- September >2% weefsel eraf. 77 eraf van de 3654 totaal



1. Door te snel werken let men minder op het resultaat als de coupe op de warme plaat ligt.
2. Bepaald weefsel laat vaker los van het glas dan ander weefsel.



## Conclusies

- In elke fase dezelfde werkwijze hanteren.
- Betere standaard en betere borging, door inpassing in het routine proces.
- Glaswerk voldoet niet aan de eisen.

## Aanbevelingen

- In routineproces inpassen.
- Glaswerk aanpassen aan onze eisen.



- **Opbrengsten:** door snelle evaluatie, snel gezien dat de nieuwe werkwijze niet afdoende is en ander glaswerk besteld, zodat het weefsel wel blijft zitten op het glaasje.

- **Evaluatie** na invoering nieuw proces
  - Weefsel eraf in < 1%
  - Nieuw protocol blijven volgen
  - Water onder het weefsel is funest
  - 27 coupes eraf van de 10895 gekleurde coupes





# Wachttijden en piekbelasting Interne transportdienst

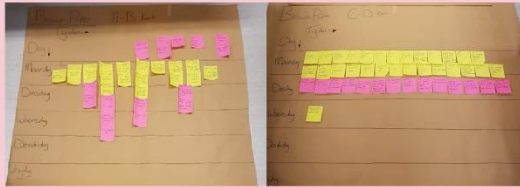
**Definiëren**

**Probleemstelling:** Bij de afdeling CLE (Centrale Logistieke Eenheid) beginnen de medewerkers op de interne transportdiensten op eigen initiatief eerder om de piekbelasting te verspreiden. Door de piekbelasting ontstaan er aan de andere kant weer wachttijden.

**Doelstelling:** De knelpunten van deze interne transportdienst elimineren en de werkbelasting gelijkmatig verdelen over de beide transportkanten waarbij een eenduidige werkwijze gehanteerd wordt.



**Meten**

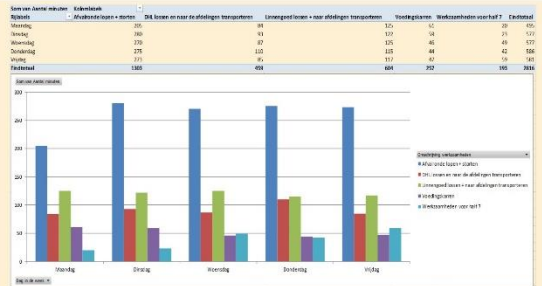


We hebben een Brown paper sessie georganiseerd met de betrokkenen en vervolgens een meetplan opgesteld.

De bijeenkomst is/was bedoeld om inzicht te krijgen in processen en problemen. Wat hier opvalt is dat de medewerkers eerder dan de vastgestelde werktijden beginnen en dat de piekbelasting in de ochtend tussen 6:00 en 9:00 het hoogste is. Vervolgens hebben wij een meting gedaan van de piekbelasting. Uit de meting bleek dat er een aantal activiteiten in tijd overlappen.

**Analyseren**

In de draaitabellen zien wij een significant verschil tussen de milieuronde van AB en CD, dit is nader te verklaren doordat de CD-kant 1 etage meer heeft om leeg te halen. Dit leidt tot +/- 30 minuten extra werk voor de CD-kant. Ook zien we dat bij beide draaitabellen de milieuronde uitschiet in vergelijking tot de andere werkzaamheden tijdens de grootste piekbelasting.



**Verbeteren**

Overzicht werkzaamheden Transport en Logistiek - Centraal Logistieke Eenheid Martini Ziekenhuis

Activiteit	AB	CD	DE	EF	FG	GH	HI	IJ	JK	KL	LM	NO	OP	PQ	RST	UV	WX	YZ
06:00 - 06:30	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Door de methode van de 5W's toe te passen op de piekbelasting, zijn we tot de conclusie gekomen dat alleen de milieuronde makkelijk en zonder al te veel moeite verplaatst kan worden naar een ander moment. De andere veroorzakers van de piekbelasting zijn het transporteren van het ontbijt van de patiënt, het lossen en transporteren van textiel en het lossen en transporteren van materiaal, deze kunnen hierdoor op de bestaande tijden worden uitgevoerd.

**Controleren**

We hebben in het nieuwe werkschema enige aanpassingen gedaan. Het nieuwe schema heeft de milieuronde ten opzichte van het oude schema verschoven naar een ander tijdstip. Op deze manier kan de milieuronde met twee personen gelopen worden. Hierdoor halveert de benodigde werktijd voor deze taak. Door deze taak te verplaatsen verwachten wij het team efficiënter te kunnen inzetten, de werkzaamheden meer uit te vloeien over de dag en dat de piekbelasting zal verdwijnen. De evaluatie volgt na de eerste week van invoering en de borging vindt plaats aan de hand van het nieuwe werkschema.

Werkzaamheid	AB	CD	DE	EF	FG	GH	HI	IJ
06:00 - 06:30	...	...	...	...	...	...	...	...





# Verbeteren van de OBZ winkel



## Definiëren

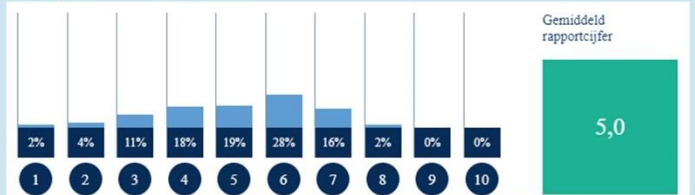
### Probleem

Het gebruik van de OBZ winkel is niet erg klantvriendelijk.

Dit leidt tot de volgende zaken:

- Frustratie bij gebruikers van de winkel
- Vragen en klachten bij Inkoop
- Onnodig lange zoek- en besteltijd

Het cijfer dat gegeven wordt over de OBZ winkel in de enquête:



## Metten

Om de tevredenheid te meten, is er een enquête opgesteld en verstuurd naar de gebruikers van OBZ.

Hierbij is gekeken naar de tevredenheid, maar ook naar het gebruik van de winkel. Zijn de gebruikers wel goed getraind bijvoorbeeld? Of doen zij dermate weinig bestellingen dat het daardoor ook erg lastig is? En kennen zij de verschillende functionaliteiten die in OBZ zitten?

Vraag uit de enquête over het inwerken in OBZ:

- Niet, heb het zelf moeten ontdekken.
- Wel, door de aangeboden training.
- Niet, door middel van vragen aan collega's of ICT.
- Anders, namelijk:
- Wel, door een collega.



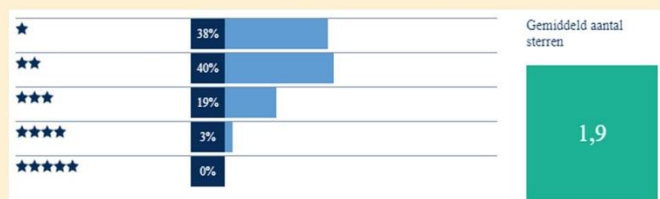
## Analyseren

De resultaten van de enquête zijn pas recent bekend geworden. In de enquête was de laatste vraag of er nog suggesties/opmerkingen zijn over de OBZ winkel. Hier zijn 75 reacties toegevoegd met bruikbare info.

Vaakst genoemd:

- Onlogische artikelomschrijving
- Geen afbeeldingen
- Lastige/slechte zoekfunctie

Onderstaand het cijfer over de zoekfunctie:



## Verbeteren

Op basis van de resultaten uit de enquête, zal er een voorstel ingediend worden met potentiële verbeteringen.

Deze zal besproken moeten worden met ICT en mogelijk ook met de leverancier. Daar kan gekeken worden welke verbeteringen quick wins zijn en welke mogelijk meer werk vergen, maar wel gewenst zijn voor de gebruikers.



## Controleren

In de enquête is de vraag gesteld met welke gebruikers er verder contact opgenomen mag worden.

Met deze medewerkers kan verder de diepte worden ingegaan op zoek naar verbeteringen en ervaringen. Zij kunnen ook een goede controle zijn om de geïmplementeerde verbeteringen te toetsen, om zo de OBZ winkel continue te blijven verbeteren.



# Efficiënt gebruik vergadercentra



## Definiëren

Op dit moment lijkt er een tekort aan vergaderruimtes te zijn. Er is niet altijd een vergaderruimte beschikbaar op verzoek van de klant en tegelijkertijd staan ruimtes ook leeg.

- Dit leidt tot frustraties bij de klant. Er is soms sprake van dubbele boekingen en no shows.

*Brown paper sessie gehouden om het proces en de knelpunten in kaart te brengen.*



## Meten

- Turven van extra werkzaamheden rondom het proces van boeken tot aan het gebruik van de ruimtes om te kijken of de opruimtijd ook gereduceerd kan worden.
- Turven hoe vaak niet een (juiste) ruimte beschikbaar is voor de klant.
- Het bijhouden van het aantal no shows.
- Interviews afnemen met veel gebruikers om te bepalen waar eventuele no shows vandaan komen.



## Analyseren

- De extra werkzaamheden zijn niet altijd te voorkomen, dit betekent dat de huidige opruimtijd nog steeds wenselijk is.
- Het komt vaak voor dat 'nee' verkocht moet worden aan de klant, hierbij valt op dat er wel een ruimte beschikbaar is, maar dat die niet aan de eisen van de klant voldoet.
- Het aantal no-shows valt mee.



**3,61%**  
No shows



## Verbeteren

- Het aantal no shows terug dringen gaat niet voldoende capaciteit opleveren.
- De huidige opruimtijd wordt aangehouden.
- Door de 1,5m regel hebben de ruimtes op dit moment te weinig capaciteit. Dit probleem is opgelost als de 1,5m regel weer verdwijnt; er ligt een plan klaar voor het opschalen van de capaciteit.
- We gaan kijken met evenementenorganisatie hoe we grote evenementen slimmer kunnen inplannen op de Grote Markt (personeelsrestaurant).

- Tevens worden meer ruimtes ingericht met videoconferentie systemen om aan de vraag van de klant te voldoen en hybride vergaderen te stimuleren.



## Controleren

Vanuit het ziekenhuis wordt thuiswerken gestimuleerd en worden er steeds meer flexplekken ingericht. Hybride vergaderen wordt meer toegepast en de eerste reacties op de met videoconferentie systemen ingerichte ruimtes zijn overwegend positief.

Dit staat echter nog in de kinderschoenen. De werkcultuur moet veranderd worden en dit kost tijd. De verwachting is wel dat het uiteindelijk de druk op de vergaderruimtes gaat verlichten.

We blijven monitoren op beschikbare ruimtes (t.o.v. wensen klant), no shows en tevredenheid klant en bespreken 1 keer/3 maand de uitkomsten.

# Niet volledig invullen van de bestelaanvraag

Niet-catalogusaanvraag

Goet verplicht veld aan.

Aanvraagsoort: Standaard

Actiesoort:

Artikelsomschrijving:

Categorie:

Hoeveelheid:

Eenheid:

Prijs excl. BTW/eenheid:

valut: EUR

Overeenkomstnummer:

Nieuwe leverancier

Leveranciersnaam:

Vestiging:

Naam contactpersoon:

Telefoon:

Leveranciersartikel:



## Definiëren

Veel niet-catalogusaanvragen (er zijn 275 aanvragen gemeten, waarvan 41% niet volledig) worden met verkeerde informatie of niet volledig ingevuld door de aanvrager. Met als effect:

- juiste gegevens opvragen bij de besteller, hierdoor langere doorloop- en levertijd.
- Onduidelijkheid wat geleverd moet worden
- Foutieve levering, moet geretourneerd worden
- Hoge spoedkosten/koerierskosten



## Meten

De niet-catalogus aanvragen zijn 2 weken gemeten, om te kijken wat en hoeveel aanvragen niet goed ingevuld **worden**. We keken o.a. naar:

- Bestelaanvraag volledig (goed) ingevuld? Ja/Nee
- Indien niet volledig ingevuld, wat ontbreekt? Omschrijving duidelijk vermeld? Prijs ingevuld? Leveranciers artikelnummer ingevuld? BTW ingevuld?
- Tijd die de aanvraag gekost heeft **in minuten**
- \* **weggehaald**

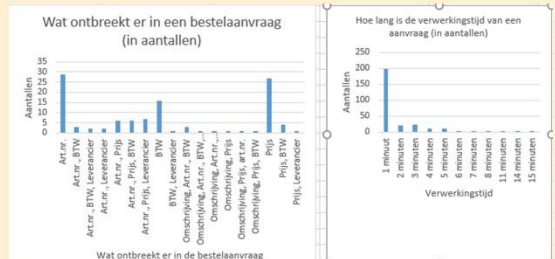
Bestel aanvraagnr.	Bestelaanvraag volledig (goed) ingevuld?	Indien niet volledig ingevuld, wat ontbreekt?	Spoed aangevinkt?	Nieuwe leverancier	Tijd aan gespendeerd (min)



## Analyseren

Door te meten weten we wat ontbreekt aan de niet-catalogus aanvragen en hoelang we over de bestelaanvragen doen. 7 bestellers is gevraagd hoe het kan dat niet alles ingevuld is:

- Bestellen van een niet-catalogusaanvraag kost veel tijd
- Het is niet duidelijk wat en waar de benodigde gegevens ingevuld moeten worden
- Onduidelijk waar uit te kiezen, qua winkelcategorie, BTW-code, eenheden
- De prijzen zijn niet altijd bekend, dus wordt € 0,00 vermeld



## Verbeteren

Verbeteringen:

- De in te vullen leveranciers artikelnummer en BTW-code in het eerste blad bij elkaar zodat ze duidelijk en zichtbaar zijn.
- Zichtbaar maken van alle BTW-codes en soorten winkelcategorieën.
- Kan er een hand-out gemaakt worden, met wat je invullen moet en waar?

Mogelijkheden volgens de Applicatiebeheerder van OBZ:

Op dit moment is ICT met Oracle (maker OBZ) in overleg. Er wordt een html formulier gemaakt, waarop alle gegevens die nodig zijn om te bestellen ingevuld kunnen worden. Vervolgens wordt dit formulier ingevuld in OBZ geschoten.



Voordelen HTML formulier:

- Niet meer inloggen in OBZ;
- Duidelijkheid voor zowel besteller, Inkoop, Leverancier;
- Overzichtelijk;
- Makkelijker en sneller in te vullen;
- Snellere afhandeling en kortere doorlooptijden.



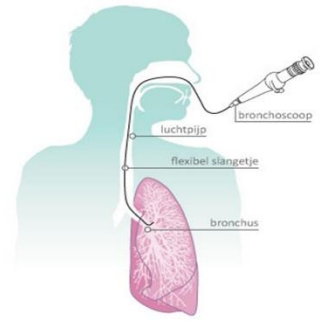
## Controleren

Borging:

- Inkoop heeft elke 6 weken een regulier overleg met ICT, waarin o.a. dit formulier/traject besproken wordt (agendapunt).
- Zodra het formulier gereed is, wordt het getest en actueel.
- Na een kwartaal met dit formulier gewerkt te hebben, wordt er een nieuwe meting gedaan. Indien de aanvragen beter en duidelijker zijn, zullen we hiermee verder werken, anders wordt er opnieuw gekeken hoe we verder kunnen, wat we aan moeten passen of dat er een andere oplossing gezocht moet worden.



# Bronchoscopie (voor- en nazorg bij een bronchoscopie op de verpleegafdeling)



**Definiëren**

## Probleem

Over de voor- en nazorg bij een bronchoscopie bestaat geen eenduidig beleid waarin de observaties, taken en aandachtspunten vastgelegd zijn. Met als gevolg verstoringen in het proces.

## Doel van het project

Eind 2016 is het proces van voor- en nazorg rondom bronchoscopieën verbeterd.

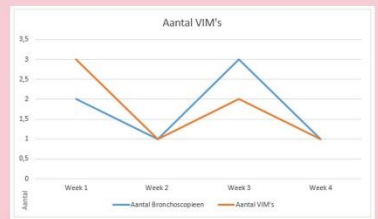
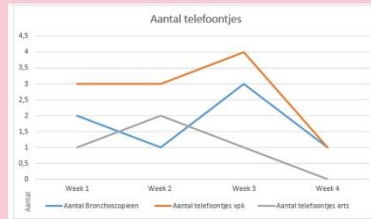


**Meten**

Meet periode maart t/m april 2016

Oorzaken van het probleem:

1. geen protocol beschikbaar, hierdoor veel telefoontjes.
2. geen eenduidige werkwijze, waardoor onduidelijkheid ontstaat met als gevolg VIM - meldingen.

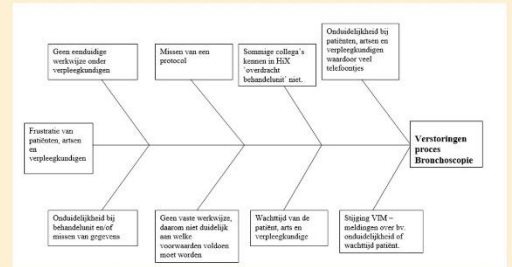


**Analyseren**

## Analyseren van de metingen

De verstoringen met de meeste impact:

1. onduidelijkheid bij patiënten, artsen en verpleegkundigen waardoor veel telefoontjes.
2. stijging VIM - meldingen over bv. onduidelijkheid of wachttijd patiënt.



**Verbeteren**

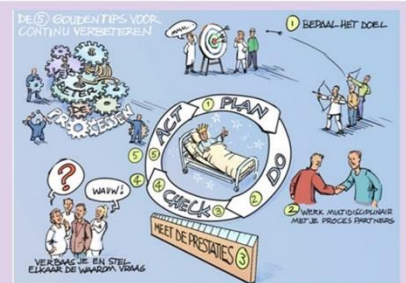
## Verbeteringsvoorstellen:

- realisering protocol waarin handelen is vastgelegd (tijdswinst) voor de gemiddeld 2 bronchoscopieën per week.
- realisering van een eenduidige werkwijze rondom voor- en nazorg bij een bronchoscopie met als effect minder onduidelijkheden bij artsen, verpleegkundigen en patiënten (kwaliteit).
- voorstel is een scholing over de voor- en nazorg bij een bronchoscopie.
- het aantal VIM-meldingen wordt gevolgd om effect te kunnen aantonen van de ingezette verbeteracties.
- betere samenwerking tussen behandelunit en afdeling door een ingericht overdrachtsformulier in HiX.



**Controleren**

- protocol staat op Iprova.
- scholing heeft plaatsgevonden.
- protocol is aangepast op evaluatie van nu (augustus 2021).
- volgens de VIM Commissie i.i.g. een daling t.o.v. het gemiddelde van 1 melding per 2 weken.
- daling van telefoontjes, minder verstoringen bij artsen of verpleegkundigen.
- daling onduidelijkheden bij artsen of verpleegkundigen.
- eventuele knelpunten worden besproken tijdens werken met het verbeterbord.
- verpleegkundigen geven aan het protocol duidelijk en overzichtelijk te vinden, 6 collega's gevraagd en zij raadplegen het protocol vooraf aan de handeling.



# Het bestelproces van de centrale keuken MZH



## Definiëren

### Processtappen bestelsysteem (handmatig):

- Teamleider inventariseert in magazijn en noteert naar schatting de te bestellen hoeveelheid in multimap
- Administratief medewerker voert handmatig in in OBZ
- Inkoop accordeert en verstuurt opdracht naar leverancier
- Leverancier voert opdracht uit in (systemen niet compatible)

### Problemen:

Dagelijks tientallen producten verstoringen tussen besteld en ontvangen. Leverbetrouwbaarheid is laag. Dit kost de keuken veel tijd om fouten te herstellen. Medewerkers van de keuken ervaren hoge werkdruk.



## Meten

Datum: 18-December-2020	Datum: 26-Januari-2021
Bestelproces inkoop - opruimen bestellingen	Meting centrale keuken - opruimen bestellingen
<b>DISTRIVERS</b>	
...	...

Het doel van de metingen was om inzicht te krijgen in de hoeveelheid verstoringen. Hierbij is gekeken naar:

- Leverbetrouwbaarheid leverancier (Van Hoeckel of Distrivers)
- Soort verstoring (niet geleverd, verkeerde t.h.t., etc.)
- Tijd die het kost bij het opruimen van de bestelling
- Invloed van het aantal artikelen en verstoringen op de tijd

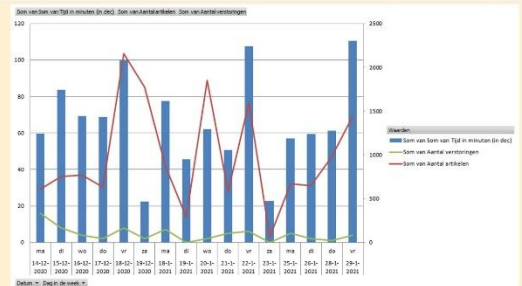
Dit is ca. 3 weken gemeten door medewerkers van de keuken met behulp van de meetpen (afbeelding).



## Analyseren

Uit de analyse bleek dat er verschillende grondoorzaken waren van de verstoringen:

- In verschillende systemen (map, OBZ en database leverancier) stonden verschillende bestelhoeveelheden, waardoor er fouten ontstonden in de bestelde vs. geleverde aantallen.
- Veel artikelen werden voor het weekend besteld, dit kwam op vrijdagden binnen waardoor de werkdruk hoger was dan op andere dagen (piekbelasting – zie grafiek).



## Verbeteren

De volgende verbeteracties zijn doorgevoerd:

- Overleg met inkoop om bestelwaarden te synchroniseren
- Voorraad artikelen Logistiek Eemspoort is afgestemd
- In overleg met de teamleiders is een aantal langer houdbare artikelen die op vrijdag binnen kwamen naar eerder die week gehaald, waardoor de werkdruk op vrijdag lager is.
- Wens voor de toekomst: digitaliseren bestel systemen om foutgevoeligheid verder terug te dringen.

Art.nr.	Omschrijving	Eenh.	Di	Wo	Do	Vr	Za	Ma	Ink.VH	VP.VH	ME.VH	EH.VH
30379	Alpen soja melk 3x25	18.5p							1.5p	1.5p		7.5p
34036	Chocolade alpro soja dessert	10 p							6.5p	6.5p		300 GR
49209	Vanille waik	17.32 p							12.27	12.27		150 GR
70880	(Amend elve)	17.32 p							1.5p	1.5p		150 GR
90089	Pan de of pastey								#1.5p	#1.5p	#1.5p	#1.5p
90090	Pan de melkhouder								#1.5p	#1.5p	#1.5p	#1.5p
109547	Volle melk houdbaar	17.32 p							12.27			1.5p
126895	Demense vis	17.32 p							1.5p	1.5p		150 GR
131295	Vanille in E/Vu/E	17.32 p							1.5p	1.5p		150 GR
131321	Beerdelen in E/Vu/E	17.32 p							1.5p	1.5p		150 GR

Bestelwaarden synchroniseren



## Controleren

De verbeteringen die zijn geïmplementeerd worden maandelijks gemonitord. Er wordt gekeken of de besteleenheden nog overeenkomen.

Daarnaast wordt er aan een nieuw voedingsconcept gewerkt, waarin gekeken wordt hoe we de dienstverlening verder kunnen digitaliseren, zodat de foutgevoeligheid en daarmee de leverbetrouwbaarheid nog verder kan toenemen. Ook is er dan meer stuurinformatie beschikbaar om processen verder te optimaliseren.



# Verbeteren voorraadbeheer hulpmiddelen Verpleegkundig Magazijn



## Definiëren

Voorraadbeheer van verpleegkundige hulpmiddelen en waardering van de uitleenservice zijn onvoldoende inzichtelijk.

- Klant: Afdeling Faciliteiten heeft de verantwoordelijkheid voor het Verpleegkundig Magazijn overgenomen van de zorg. Er is geen inzicht in de werkwijze en waardering van de zorg voor dit proces.
- Intern: Onvoldoende inzicht in de voorraad en de locatie van verpleegkundige hulpmiddelen t.b.v. de uitleen en inname van hulpmiddelen door de afdelingen.



## Meten



In februari 2020 is de werkelijke uitleen en inname van de vplk. hulpmiddelen (excl. zuurstofflessen) gemeten, waaruit o.a. duidelijk is geworden:

Frequentie van uitleen en inname per soort hulpmiddel, afname per afdeling, aantal ingenomen en uitgeleende hulpmiddelen per dag (zie grafiek) en per loopbeweging, tijdstippen van uitleen per dag en percentage 'misgrijpen'.

Tevens is de waardering door de zorg gemeten in een enquête.

Belangrijkste conclusies: de uitleenservice wordt gewaardeerd met een 7,5, 75% ervaart dat hulpmiddelen niet altijd op voorraad zijn, 75% geeft de indeling van het centraal magazijn een onvoldoende en 80% zegt de werkwijze van de registratie te kennen.



## Analyseren

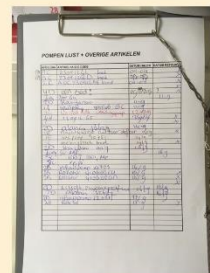
Waarom is het voorraadbeheer niet inzichtelijk?

-> omdat er slechts 13,4 % van de uitleen en inname wordt geregistreerd, ondanks dat de zorg aangeeft de werkwijze te kennen. Hier lijkt een discrepantie in te bestaan.

-> omdat er geen inzicht is in de voorraad zelf.

Waarom worden er in dit proces gemiddeld 40 loopbewegingen per dag gemaakt?

-> omdat er naast de noodzakelijke 'loopjes' ook overbodige bewegingen worden gemaakt (a.g.v. misgrijpen, zoeken naar een hulpmiddel, vervangen van defecte hulpmiddelen, ed.)



## Verbeteren

Uitgevoerde communicatie verbeteringen voor de zorgmedewerkers:

1. Initiëren van de opname van de gewenste werkwijze i.r.t. registratie, in de onboarding-app voor nieuwe zorgmedewerkers.
2. Initiëren van het opnemen van de gewenste werkwijze i.r.t. registratie, in een online e-learning voor zorgmedewerkers.

Uitgevoerde proces verbeteringen:

1. Artikellijst verpleegkundige hulpmiddelen opgesteld.
2. Eerste opschoonactie in de beide magazijnen gehouden.
3. Aanleveren van een implementatieplan voor digitale registratie d.m.v. handscanners, inclusief manieren voor de borging van het hele proces.



## Controleren

Stand van zaken verbeteracties:

- De implementatie van de digitale registratie is nog niet ingevoerd. Dit wordt opgepakt zodra er financiering en capaciteit voor is. De capaciteit ontbreekt door het uitbreken van de Covid-19 pandemie in maart 2020.
- De verantwoordelijkheid voor de borging van het verbeterde proces wordt door de opdrachtgever opgepakt. Een stagiaire actualiseert hiertoe in 2021 de procedures van het proces en gaat verder met het opschonen van de magazijnen.
- De communicatieverbeteringen zijn opgepakt door de opdrachtgever om in te voeren.



# Procesverbetering Linnendienst

## Hoeveelheden linnengoed op afdeling & linnenkamer beter afstemmen



### Probleem:

Hoeveelheid linnengoed op afdelingen voldoet niet aan de gewenste hoeveelheden. Vaak ligt er te weinig of juist teveel.

Bij teveel wordt dit retour gestuurd naar de wasserij, dit kost veel tijd, geld en moeite.

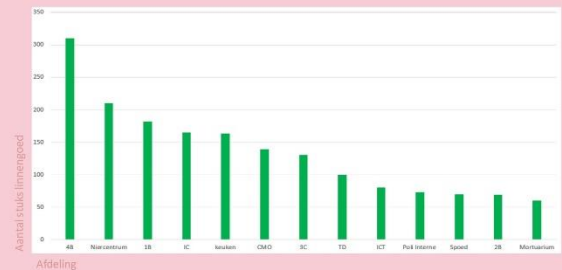
Bij te weinig moet de afdelingsassistent naar de linnenkamer lopen om extra voorraad op te halen.

### Doelstelling:

Betere afstemming tussen CLE en afdelingen, waardoor beter afgestemde voorraden, minder retourzendingen, minder extra bestellingen linnenkamer en meer tevredenheid bij personeel (zowel CLE als afdelingen)



- Er is 2 maanden gemeten welke afdelingen het meest extra voorraad in de linnenkamer kwamen halen.
- Er is 2 maanden gemeten welke artikelen het meest werden gehaald.
- Er is 2 maanden gekeken welke artikelen er retour werden gestuurd naar de wasserij.



- Duidelijk zichtbaar is dat o.a. afdeling 4B vaak extra voorraad moet halen.
- Ook komen we er met behulp van de 5x waarom methode achter dat dit voornamelijk aan communicatie ligt. CLE is niet genoeg op de hoogte van het aantal patiënten op de afdeling.
- Er wordt zichtbaar dat de linnenkamer niet logisch is ingedeeld in verhouding tot de afname van extra bestellingen.
- Door nieuwe werkwijzen ontstaat er meer tijd in werkschema van de linnendienst waardoor deze efficiënter ingedeeld kan worden.



- Het rooster is zodanig ingedeeld dat er vaak 1 vast gezicht vanuit CLE op afdelingen voorraad komt tellen. Deze herkenning werkt 1 op 1 door in betere communicatie. De afdeling weet hoe laat CLE komt tellen, bij wie ze moeten zijn en wat ze aan elkaar hebben.
- De linnenkamer is opnieuw ingedeeld en compleet afgestemd op de afnames extra bestellingen (n.a.v. de meting).
- In het nieuwe werkrooster linnendienst is 0,5 FTE bespaard. Dit konden we realiseren door efficiëntere indeling van het werkrooster.
- Teverdenheid personeel linnendienst is toegenomen. Duidelijk werkschema, goede werkverdeling en minder spoedjes dragen bij dat er uitgesproken wordt dat dit is verbeterd.



Tot op de dag van vandaag meet de CLE nog steeds de extra bestellingen bij de linnenkamer. Er worden aantallen geturfd en in Excel gezet. Indien deze gaat afwijken van normaal kan er direct geanticipeerd worden

Medewerker linnendienst constateert op tijd als de voorraad op afdeling te veel, of te weinig is. Bij afwijkingen wordt direct actie ondernomen

Herkenbaarheid CLE ook bij nieuwe en flex medewerkers op afdeling blijven promoten. Taak voor CLE is om nieuwe collega's op de afdeling te herkennen en het gesprek aan te gaan bij vragen en/of opmerkingen linnengoed.

# Projecten divers



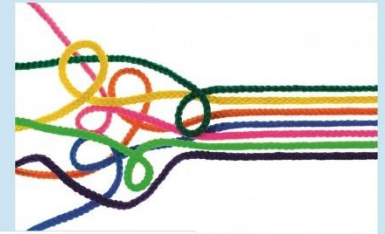
# Van wildgroei naar een standaard pakket wondzorgartikelen kliniek



## Definiëren

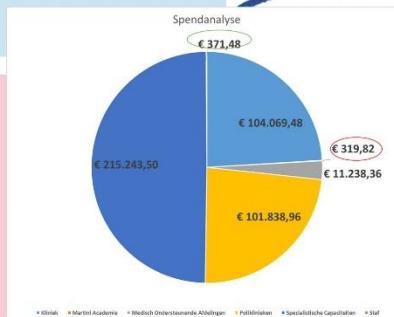
Er is wildgroei aan wondzorgartikelen in het MZH. Dit brengt naast een groot aantal leveranciers ook het gemis aan overzicht en inzicht in de gebruikte artikelen met zich mee. Verwachting van standaardisatie van wondzorgartikelen:

- € ↓ door een beter beheersbaar assortiment (niet per definitie goedkopere artikelen!)
- minder leveranciers
- meer uniformiteit in werkwijze en gebruikte materialen wat kwaliteit van zorg voor de patiënt ten goede komt
- minimale besparing €22.500 voor hele MZH



## Meten

- Totale spend analyse (meetperiode juli 2019 t/m juni 2020) €433.081,60 waarvan kliniek € 104.069,48
- Inzicht in grootboek rekening; er worden 3 grootboek rekeningen gebruikt (464118, 464119 en 464120).
- Huidige aantal leveranciers: 20
- 233 wondzorgartikelen ziekenhuisbreed, waarvan voor de kliniek 123
- 0-meting beoordeling huidige wondzorgartikelen pilotafdeling 4D (Chirurgie Algemeen/Trauma/Vaat) en afdeling 2C (Interne/Oncologie)



De spend analyse gebruiken we als een werkend document. Artikelen vanuit andere grootboekrekeningen worden zn. toegevoegd.



## Analyseren

- Van iedereen kan bijna bestellen, naar afspraken zoals beschreven in "Bestel hygiëne": aantal bestellers ↓, bestellingen gecontroleerd, nut en noodzaak gevoeld
- Mist overzicht in de soorten wondzorgartikelen
- Gebruik verschillende grootboekrekeningen o.a. door lastig kunnen vinden van grootboekrekeningen
- mogelijk ontoereikende kennis van gebruikers
- Huidige indeling van kostensoorten is onduidelijk voor gebruikers
- 0-meting: men is tevreden met huidige assortiment dus goede uitleg nodig over nieuw standaard assortiment.

Rijlabels	Som van Aantal	Som van Bedrag
Fixatiemateriaal & Pleisters	52668	€ 35.964,07
Gazen & Absorberend verband	83856	€ 17.382,88
Materiaal t.b.v. compressietherapie	1251	€ 11.888,09
Negatieve druktherapie	222	€ 17.265,14
Onjuiste hoofdcategorie	50	€ 3.297,79
Wondverzorgingsmaterialen	18612	€ 17.813,13
Wondzorg overig	1171	€ 458,38
Endtotaal	157830	€ 104.069,48

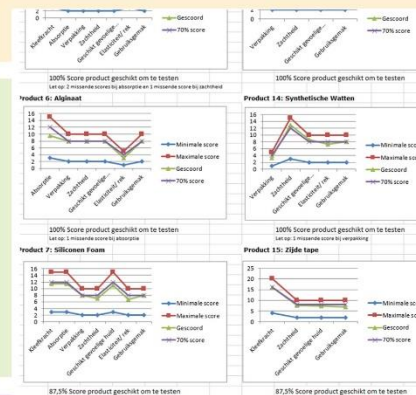
Tabel 4) Categorieën cluster Kliniek

Zoals alginaat, schuimverband, lijmspray, hydrocolloid etc.



## Verbeteren

- Voor beter inzicht en overzicht bij gebruikers product namen toevoegen en categorieën opstellen.
- Beoordelen (voorstel) standaardisatie pakket wondzorg artikelen met diverse disciplines
- Pilot met standaard pakket uitvoeren op 4D (snijdend – algemeen/trauma/vaat) en 2C (beschouwend – interne/oncologie)
- Verkleinen assortiment in "OBZ" winkel
- Implementatie standaard assortiment afdelingen kliniek
- Inzicht in specifieke wondzorgartikelen van afdelingen



## Controleren

Wat volgt na afronden implementatie:

- Daadwerkelijke vermindering # wondzorgartikelen in OBZ.
- Indeling assortiment inrichten op basis van AOC codes
- Aantal leveranciers teruggebracht van 20 naar ± 5.
- Kwaliteit voor de patiënt geborgd/verbeterd door gebruik van zelfde soort wondzorgartikelen op verschillende afdelingen.
- Daadwerkelijke besparing is afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden n.a.v. uitkomsten van de pilots

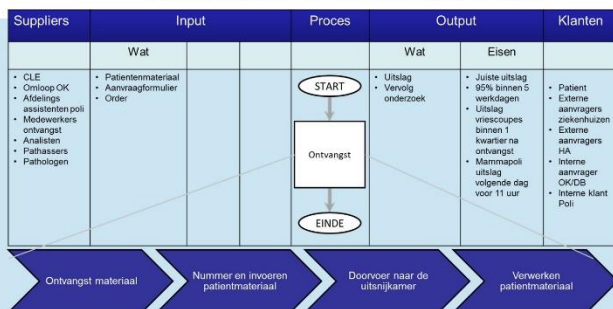
- ✓ Aanpassen protocollen
- ✓ Monitoren op afspraken vanuit "bestel hygiëne"
- ✓ Training gebruik wondzorgartikelen
- ✓ Kennis en ervaring over wondzorg en juiste artikelen delen en daarmee inzetten op expertise bundeling

# Voorspelbare aanvoer (op de pathologie)



## Definiëren

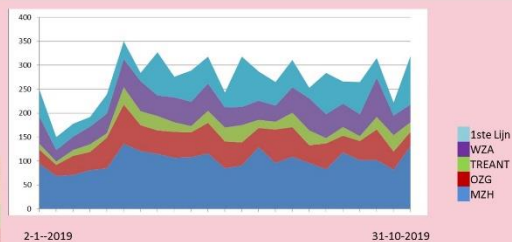
- Beter voorspelbaar maken hoeveel materiaal per dag op de pathologie wordt ontvangen.
- Hierbij kan deze input worden gebruikt voor zes wekelijkse planning van de bezetting per afdeling binnen de pathologie MZH



## Meten

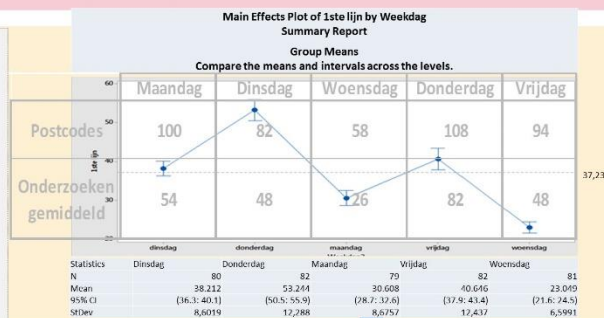
- Conclusie: De fluctuatie ontvangen onderzoeken 1ste lijn, per weekdag, zijn significant groter dan de fluctuatie van de ziekenhuizen, per weekdag.
- Wijzigingen in aanvoer 1ste lijn is eenvoudig te realiseren.

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



## Analyseren

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



## 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
- Besparing 1 dienstauto binnen de afdeling CLE van het Martini Ziekenhuis

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.
- Na controle blijkt dat de dagen geen pieken meer kennen ten opzichte van elkaar. De personele bezetting is hierdoor constant en dus beter te roosteren.



# Verbeteren behandelproces patiënten met diabetes voet wonden



## Definiëren

**Probleem:** Het sinds 2016 ingerichte zorgpad diabetes voet wordt niet gevolgd. Waar ligt dat aan en wat is nodig er een werkend proces van te maken?

**Doel:** Een multidisciplinair ingericht diabetes voet team en tijdige diagnostiek perifeer arterieel vaatlijden (PAV) met als resultaat de meest effectieve zorg voor deze patiëntengroep. Tevens voldoen aan de eisen van IGJ. KPI's zijn opgesteld om op te kunnen sturen.

**Scoop:** Het behandelproces binnen het MZH.

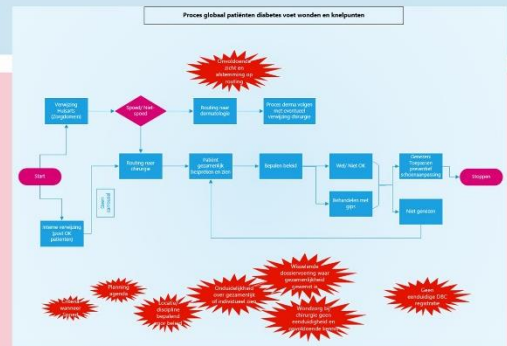
- ✓ Revalidatieartsen onvoldoende betrokken
- ✓ Onvoldoende samenwerking chirurgie en dermatologie
- ✓ Chirurgie onvoldoende capaciteit en daarmee continuïteit
- ✓ Interne alleen indirect betrokken

**Belanghebbenden:**  
 Diabetische patiënten  
 Vaatchirurgen  
 Revalidatie artsen  
 Dermatologen/ consulenten  
 Internisten  
 Gipskamers  
 Betrokken UH poli's  
 Huisartsen



## Meten

- Inzicht in proces, data en knelpunten: Er wordt gebruik gemaakt van verschillende DBC's. Hierdoor kan er niet goed geregistreerd worden en is er geen goed overzicht te krijgen over aantal amputaties, doorlooptijden en wonden.
- Het proces met de knelpunten is uitgewerkt.
- Uit ervaring blijkt dat patiënt soms (te) laat te worden doorverwezen waardoor onnodige verergering van wonden gezien wordt.



## Analyseren

- Informatie/ evaluatie van patiënt zelf mist. Dit ophalen bij nieuw ingericht proces.
- Eerste lijn mist kennis. Huisartsen meenemen in effect vroegtijdige en juiste verwijzstructuur.
- Het registreren (van DBC's en notities) is versnipperd.
- Ophalen kennis en ervaringen over inrichten voetteam bij andere organisaties (12): nog geen enkele andere organisatie heeft het voetteam op dit moment effectief en efficiënt ingericht.

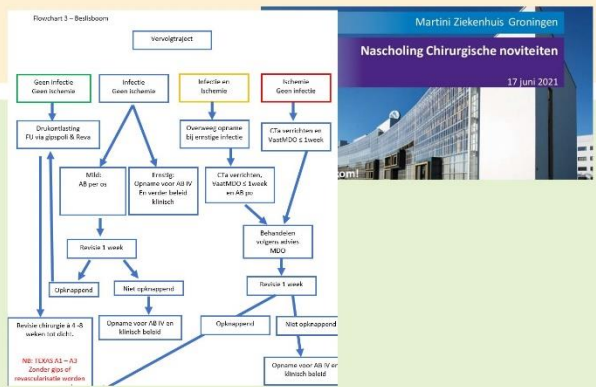
- Oorzaken knelpunt planning:**
- Groot volume
  - Te weinig capaciteit en continuïteit
  - Verschillende tijden per patiënt
  - Bereikbaarheid onvoldoende bij specialisten team onderling
  - Veel wachten op elkaar
  - Verschillende behandel locaties in MZH

- Oorzaken knelpunt eenduidige DBC registratie:**
- Verschillende DBC's codes in gebruik bij de diverse betrokken disciplines
  - Verschillende verrichtingen codes voor dermatologie, gipskamer en revalidatie



## Verbeteren

- Multidisciplinaire werkafspraken maken en vastleggen in iProva (stroomschema's en protocollen).
- Kennis bij huisartsen verhogen middels Webinar (17 juni) en mogelijk nascholing HA assistenten.
- Eenduidigheid in DBC registratie (multidisciplinair) waar mogelijk, voor inzicht en sturing (KPI's).
- Patiënt participatie inrichten.
- Toevoegen podotherapeut aan diabetes voetteam (nieuwe eis IGJ).



## Controleren

- Resultaten:**
- Multidisciplinair ingericht diabetes voetteam voor effectieve en efficiënte patiëntenzorg en voldoen aan eisen IGJ.
  - (Afgestemde) Stroomschema's en protocollen in iProva
  - MDO vaatchirurgie en dermatologie op elkaar afgestemd
  - KPI's: 1. #amputaties verminderen  
 2. #wondgenezing en recidief verlagen  
 3. tevredenheid van de patiënt verhogen
- Elk half jaar



# Klaarzet proces OK CSA



## Doel:

1. X% juiste materiaal (instrumentarium en toebehoren), juiste tijdstip, juiste kwaliteit (set optimaal ingericht) op de OK.
2. Feedback-loop CSA-OK is ingericht t.a.v. wijzigingen, aanpassingen sets, defecten, spoed opdrachten.



## Knelpunten: Top-5 OK en Top-5 CSA

Aantal gemeten		Totaal
Afdeling	Knelpunt	
CSA	Instrumentarium terug geplaatst in verkeerde sets.	75
	Label niet leesbaar	30
	Omschrijving defect niet volledig	14
	Kleur gebruik label niet correct	13
	Instrumentarium defect EN defect is niet gemeld (geen melding in HIX en geen label)	12
<b>Totaal CSA</b>		<b>144</b>
OK	Med. hulpmiddelen niet beschikbaar/ontbreekt bij halen kar. Staat wel benoemd op de klaarzetlijst / werkinstructie	58
	Set niet aanwezig/ontbreekt bij halen kar. Staat wel benoemd op de klaarzetlijst/werkinstructie	44
	lets extra's opvragen: 3) iets ontbreekt in een van de set	31
	Melden defect of ontbrekend instrumentarium 1) in HIX(2) met label aan instrumentarium	27
	lets extra's opvragen: 1) defect / niet goed werkend instrumentarium	18
<b>Totaal OK</b>		<b>178</b>



## • Knelpunten CSA

- Feedback defectinstrumentarium aan CSA niet goed leesbaar, niet compleet, niet volledig, hierdoor ging defect instrumentarium opnieuw het proces in. Oorzaak: label te klein, gebruik verkeerde stiften. Daarnaast terugkoppeling op 2 manieren of via labels of via HIX.



## • Knelpunten OK

- Ontbrekende materialen op de module karren (hulpmiddelen en sets) voor de OK. Oorzaak: informatie m.b.t. behandelcode niet altijd duidelijk bij het klaarmaken van de module karren. Informatie over spoed OK's of wijziging OK programma, niet altijd tijdig inzichtelijk voor de SMH.
- Geen feedback-loop indien module-kar niet gereed is, hierdoor brandjes blussen i.p.v. structurele verbeteringen.



## Doel 1: Juiste materiaal, juiste tijdstip, op OK

- Vereenvoudigd en gestandaardiseerd proces Defect instrumentarium, 100% registratie in HIX, minder kleuren labels.
- Verbetering proces wijziging instrumentarium set: sneller weer beschikbaar en voldoen meer aan wensen van de klant.
- KPI voor sturing op afwijkingen en afstemming CSA-OK. Continue verbeteren van het proces.
- Reeds lopende oplossingen: 1) Schipholbord voor wijziging OK programma en spoed OK's. 2) Methode voor eenduidige behandelcodes voor het klaarzet proces.

## Doel 2: 4 Feedback-loops met KPI's ontwikkeld

- Defect instrumentarium
  - 100% registratie in HIX (i.p.v. deels op labels)
  - Proces opgenomen in IPROVA
- Structurele wijziging Instrumentarium sets (in IPROVA)
  - Standaardformulier (minder ruis en verspilling)
- Module kar gereed en compleet
- Wijziging OK programma (d.m.v. Schiphol bord)

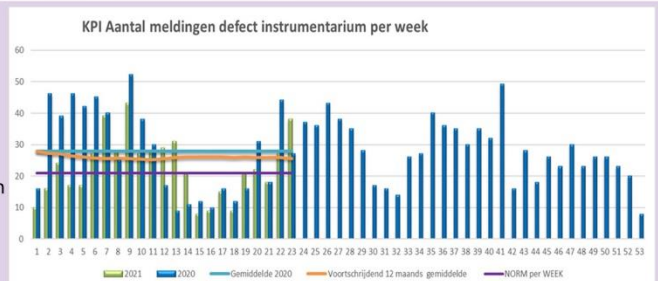


## KPI's

- Wekelijks bespreken uitkomsten binnen de CSA
- Maandelijkse bespreking uitkomsten CSA-OK

## Continue verbeter cyclus

Door de inrichting van de feedback-loops ontstaat een continue proces met feedback over de prestatie. 80% van de knelpunten wordt gemeten, besproken en verbeterd.



## Van patiëntenpas naar legitimatiebewijs



### Definiëren

- De voornaamste redenen voor de invoering van de patiëntenpas waren:
  - Het correct inschrijven van de patiënt op één vaste plek, met behulp van legitimatie en foto
  - Ter identificatie van de patiënt bij het aanmelden bij de balie
- Tijdens Covid periode besloten pas niet te gebruiken i.v.m. hygiëne maatregelen. Wens dit te continueren. Waarom?
  - Kostenreductie
  - Patiëntvriendelijkheid



### Meten

- Er hoefden geen metingen gedaan te worden. Wel zijn er uitgangspunten gedefinieerd:
  - Bij receptie vinden nieuwe inschrijvingen plaats, samen met het wijzigen van basisgegevens
  - Patienten worden zoveel mogelijk gestimuleerd voor de afspraak zijn of haar gegevens te wijzigen via Mijn Martini. Ook de secretariaten van de poli kunnen deze gegevens wijzigen.



### Analyseren

- Nieuw proces opgesteld met betrokkenen, waarin:
  - Een geldig legitimatiebewijs gebruikt wordt ter identificatie van de patiënt
  - De receptie de foto van het legitimatiebewijs scant welke vervolgens automatisch in het HIX profiel komt



### Verbeteren

- Het nieuwe proces is afgestemd met de Cliëntenraad
- Waarna het voorstel is geaccordeerd door de Raad van Bestuur
- Het invoeren van deze proceswijziging leidt tot reductie van diverse verspillingen voor zowel het ziekenhuis als voor de patiënt. Denk aan tijd voor het maken van een pas, het wachten hierop, het afdrukken van de pas, het zoeken naar de pas, etc.
- Tegelijkertijd levert het afschaffen van de pas een besparing op van ongeveer 50.000 euro



### Controleren

- Na implementatie van de proceswijziging zal door de projectleider gemonitord worden of er problemen worden ondervonden
- Mijn Martini zal verder worden ingezet waarbij patiënten actief gestimuleerd zullen worden om de juistheid van zijn of haar gegevens te verifiëren



# Virtual Fracture Care

## Projectteam:

Liesbeth Boonstra  
Tom van Raaij  
Renske Barnard  
Paul van Hee  
Richtje Peper  
Landa Arkema  
Agnes Visser



## Doel:

Regie over eigen herstel en minder poliklinische controles door informatie te geven met een app en mogelijkheid om te bellen naar breuklijn

## Doelgroep:

Patiënten met een simpel stabiel letsel die conservatief behandeld worden op de SEH

## Controle:

Veel gestelde vragen aan breuklijn worden als FAQ opgenomen in de app

## Resultaat:

- 285 patiënten geïncludeerd
- 10 % belde de breuklijn
- Geen gips maar braces of verband/tape
- 8 poliklinische controles i.p.v. 285

## Opbrengst:

277 controle afspraken

**Patiënten ervaringen OLVG met VFC app t.o.v. oude behandeling :**

- Geen verschil in tevredenheid over behandeling
- Geen verschil zorgverbruik in de eerste lijn

Projectleider : Margriet Smit ( Green Belt LSS)





## Schakelunit Maartenshof

### Probleem:

Oudere patiënten zonder ziekenhuisindicatie worden vanaf de SEH toch opgenomen in het ziekenhuis door het ontbreken van passende nazorg.

### Doel:

Onnodige en ongewenste ziekenhuisopname voorkomen

### Acties:

Vanaf 2019 kunnen patiënten zonder ziekenhuisindicatie 7 dagen per week vanaf de SEH in het verpleeghuis worden opgenomen voor uitgestelde zorgdiagnostiek op de schakelunit

### Resultaat:

1. 160 ziekenhuisopnames zijn voorkomen, kosten bespaard, patiënten beter/eerder gerevalideerd en sneller naar huis ontslagen.
2. Naast Menzis nu ook meer verzekeraars kunnen betrekken zoals Zilveren Kruis/ Achmea, CZ.
3. Er is nog een schakelunit gerealiseerd met het Heymanscentrum voor de doelgroep met cognitieve problemen

# Martini Ambulant Geriatrie team

## Doel:

Geriatrische expertise dichtbij huis organiseren.

Doelmatige zorg door:

- Onnodige zorg afschalen
- Medicatie review
- Wensen t.a.v. behandeling afstemmen

## Doelgroep:

Kwetsbare thuiswonende patiënten 60-100 jr. in Haren, Lewenborg en op Schiermonnikoog.

## Aanpak:

Geriatric team die huisbezoeken doet in opdracht van de huisarts.

## Resultaten:

- 160 patiënten geïncludeerd,
- 40% medicatie gesaneerd,
- 40% langlopende poli controles beëindigd,
- Bij 3 patiënten uitgestelde verpleeghuisopname,
- Bij 20 % Advanced care planning besproken en uitgevoerd.

## Controle/Borging:

Grotere studie bij meer huisartspraktijken met een breed geriatrie team, kijken naar kosten effectiviteit en kwaliteit.

Aan dit project werkten mee: Marleen Keizer en Jos Verkuyl  
Afdeling Geriatrie





# Nieuwe werkwijze Infectiepreventie

De nieuwe werkwijze sluit aan bij in de kliniek uitgezette zorgpaden.  
Twee clusters: Beschouwend en Snijdend, voor elk cluster 3 Deskundigen Infectiepreventie.  
Binnen elk cluster wordt er samengewerkt:

- continuïteit en uniformiteit in advisering
- borging van ondersteuning
- op de hoogte van alle ontwikkelingen
- vervangen elkaar waar nodig

**Liesbeth Groenendijk**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 7039  
groeneeh@mzh.nl

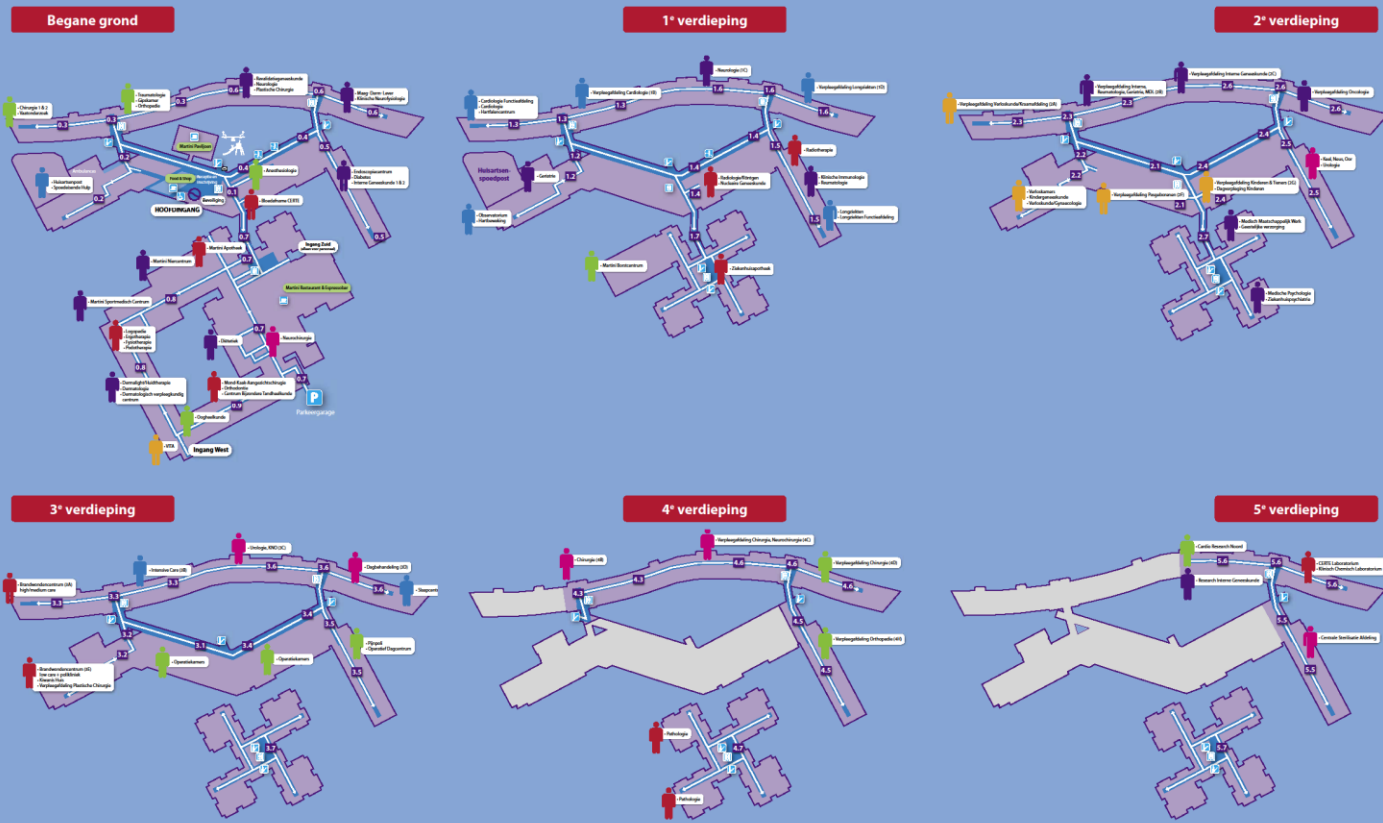
**Anita Leege – de Haan**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 6472  
a.leege-dehaan@mzh.nl

**Desiree Loppersum – Bos**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 6537  
d.loppersum-bos@mzh.nl

**Ada Schreuder**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 6716  
schreua@mzh.nl

**Margriet Schuurmann**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 7179  
m.schuurmann@mzh.nl

**Bram Wierenga**  
Deskundige Infectiepreventie  
(050) 524 5535  
b.wierenga@mzh.nl



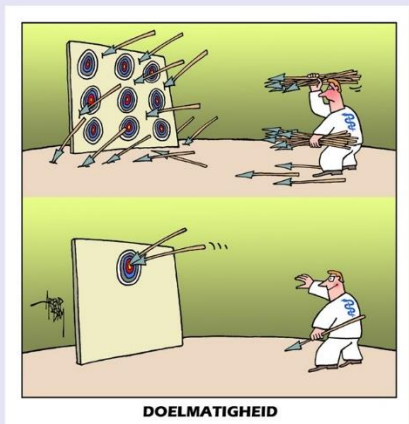
Werkerreinen volgens de Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ)	Aandachtgebieden	1° contactpersoon	2° contactpersoon
1. Infectiepreventiebeleid	Richtlijnen en Protocollen beheer	Liesbeth	Ada
	Regionaal overleg Deskundigen Infectiepreventie en Artsen- Microbioloog (REDIAM)	Desiree	Anita
2. Voorlichting en Scholing	Onderwijsbeleid	Desiree	Bram
	Aandachtscelders Infectiepreventie	Bram	Desiree
3. Controle en Bewaking	Patiëntenvoorlichting	Liesbeth	Bram
	Hygiëneaudits / Qmentum	Anita	Desiree
4. Surveillance	Infectieregistratie (PREZIES)	Liesbeth	Anita
	MRSA	Bram	Liesbeth
	BRMO	Bram	Liesbeth
5. Uitbraakmanagement	TBC commissie	Ada	Anita
6. Reiniging, Desinfectie en Sterilisatie	Medische Technologie en Techniek & Huisvesting	Margriet	Anita
	Werkgroep Reiniging en Desinfectie	Margriet	Anita
7. Bouw, Verbouwen en Nieuwbouw	Onderhoud, Renovatie en Nieuwbouw	Margriet	Anita

Werkerreinen volgens de Kwaliteitsrichtlijn voor Infectiepreventie in Ziekenhuizen (KRIZ)	Aandachtgebieden	1° contactpersoon	2° contactpersoon
8. Water- en Luchtbeheersing	Werkgroep Legionella / Waterbeheer MZH	Ada	Margriet
	Luchtbeheersing	Margriet	Anita
	Voedselveiligheid	Anita	Desiree
9. Wetenschappelijk onderzoek	Wetenschappelijk onderzoek	Desiree	Bram
10. Personele bedrijfsvoering	Praktijkbegeleider Deskundige Infectiepreventie i.o.	Ada	Margriet
	Automatisering/ICT	Liesbeth	Bram
	VIM	Liesbeth	Ada
11. Extern	Verpleeghuis Zorggroep Groningen	Ada	Desiree
	Verpleeghuis De Hoven	Anita	Ada
	Verpleeghuis Zonnehuisgroep Noord	Margriet	Anita
	Verpleeghuis ZINN	Liesbeth	Anita
	PRA Health Sciences	Bram	Desiree



# Commissie doelmatigheid

## Doelmatigheid



- *Kostenreductie*
- *Dezelfde kwaliteit zorg met minder middelen*
- *Hogere kwaliteit met dezelfde middelen*
- *Reductie van onnodige arbeidsuren*

## Commissie

*Deze projectgroep is een groep van twintig enthousiaste A(N)IOS uit verschillende specialismen, met een superviserend specialist op de achtergrond, aangevuld met o.a. data analisten en DBC experts*

## Projecten

*Geen onnodige kweek bij UWI screening middels plaszak bij kinderen*

*Geen differentiatie in het standaard chirurgisch lab*

*Effectiviteit van intraveneus versus oraal tranexaminezuur*

*Noodzaak van postoperatieve foto's na fractuurchirurgie*

*Het nut van herhaalde bloedkweken in de kliniek*

Contact: [doelmatigheidsprojectaios@mzh.nl](mailto:doelmatigheidsprojectaios@mzh.nl)

Zie ook: [www.bewustzijnsproject.nl](http://www.bewustzijnsproject.nl)

Opnemen zonder bed

Suzanne Kars



[https://youtu.be/gUHxcsvQi\\_k](https://youtu.be/gUHxcsvQi_k)

## Zorgprocesinnovatie Martini Ziekenhuis

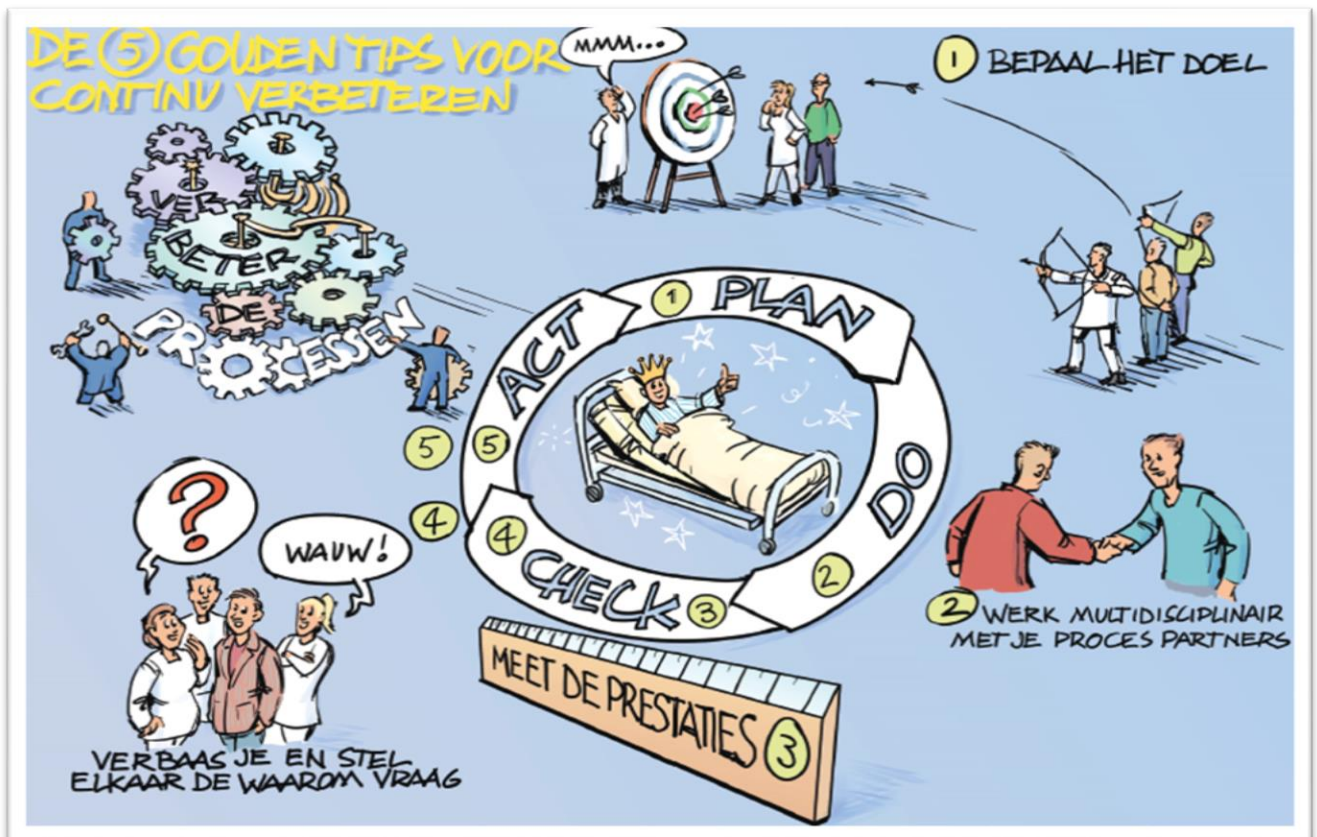
Opnemen in de Opnamelounge

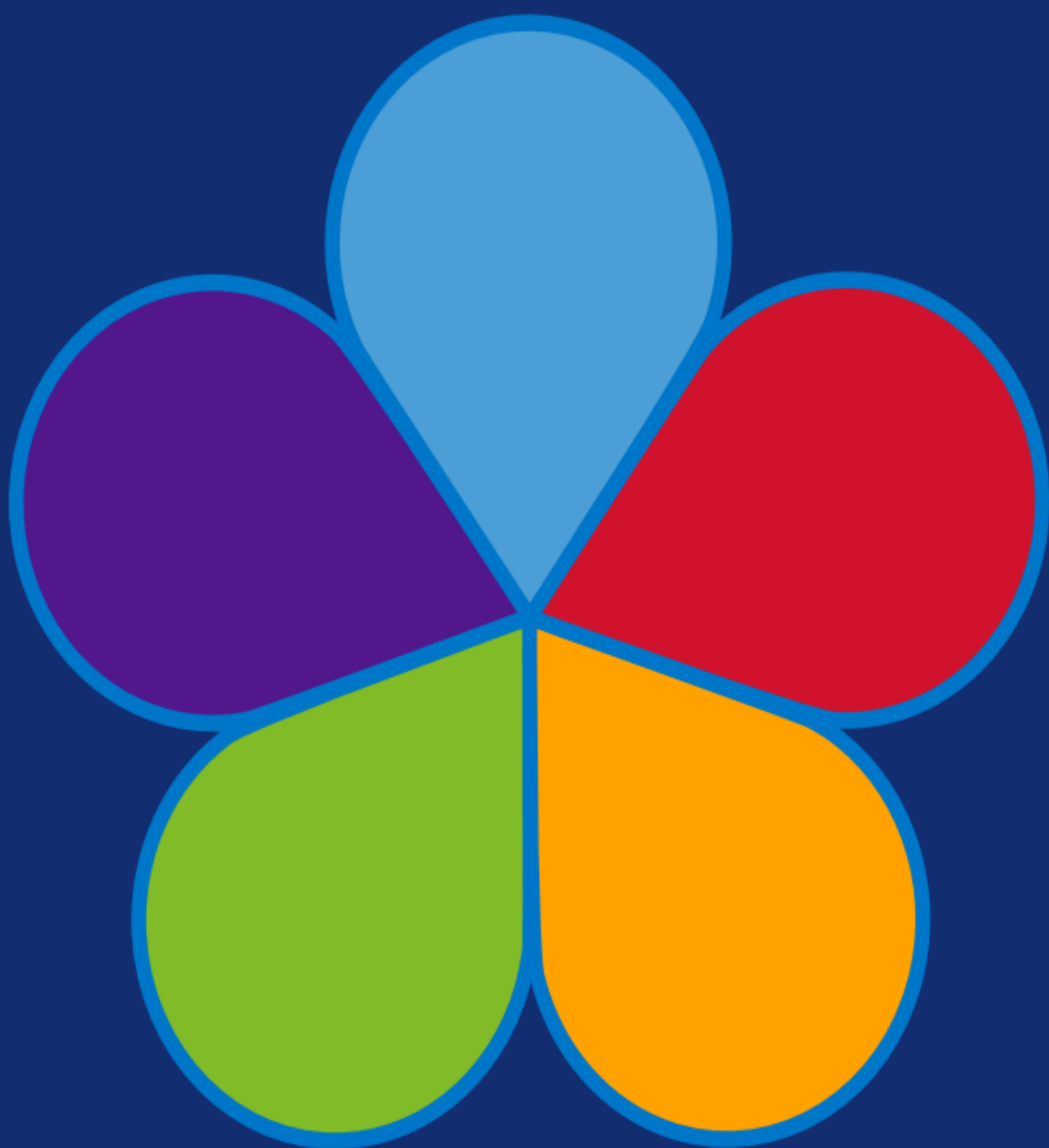


<https://youtu.be/gOgh572wXHw>

# Hoe blijf je op de hoogte?

- Aansluiten bij ontwikkelingen via LIDZ site (Lean in de Zorg) [www.LIDZ.nl](http://www.LIDZ.nl)
- Mogelijkheid benutten om elders op de werkvloer te kijken (interne en externe Gemba's)
- Bezoek de afdelingssite Stafdienst Kwaliteit
- Symposia bezoeken die georganiseerd worden
- Of neem contact op via mail ([lss@mzh.nl](mailto:lss@mzh.nl)) of telefonisch via het secretariaat (050-5245234)





**Meer weten over continu verbeteren?**

Neem contact op met de stafdienst Kwaliteit of kijk op [MartiniNet](#)