

Toepassingswijze van een (gestandaardiseerde) verbetercyclus

Doel:

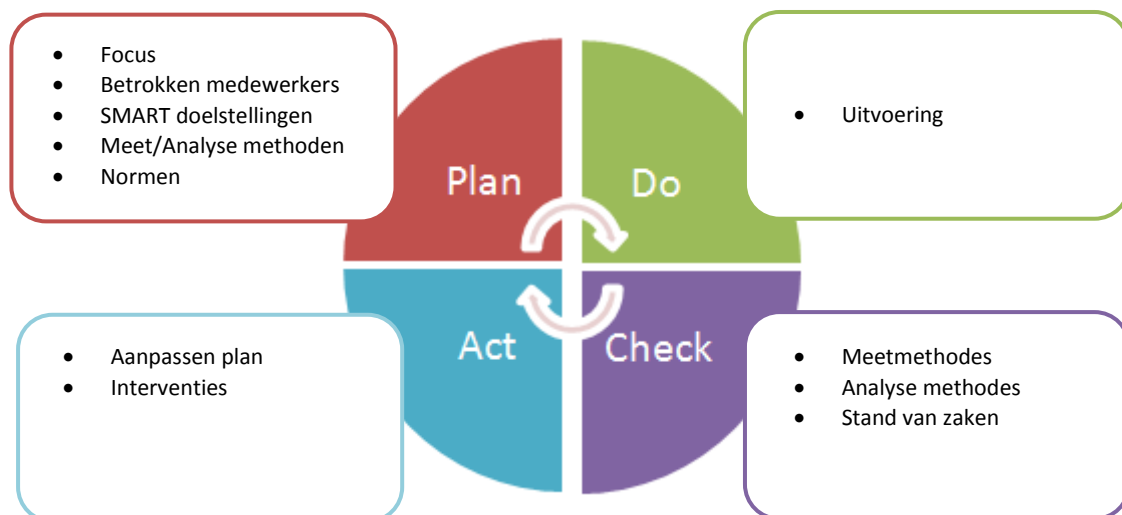
Gestandaardiseerde wijze van verbeteren toepassen binnen OCE/het DementieNet, zodat verbeteracties aantoonbaar gemonitord en continu verbeterd worden en daarover gerapporteerd kan worden.

Aanpak:

De PDCA-cyclus beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen van toepassing zijn. Het cyclische karakter garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is.

- PLAN: Kijk naar huidige werkzaamheden en ontwerp een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden. Stel voor deze verbetering doelstellingen vast. Doe dit SMART =Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.
- DO: Voer de geplande verbetering uit.
- CHECK: Meet het resultaat van de verbetering en vergelijk deze met de oorspronkelijke situatie en toets deze aan de vastgestelde doelstellingen, zoals in de PLAN fase gedefinieerd.
- ACT: Bijstellen aan de hand van de gevonden resultaten bij CHECK.

Kern van deze visie is dat een (zorg)proces op deze manier een cyclus van continu beoordelen en verbeteren ingaat.



Doorloop de PDCA-cyclus totdat het gewenste resultaat behaald is. Blijf daarna periodiek de PDCA-cyclus doorlopen door te blijven monitoren of de resultaten op het gewenste niveau blijven.

Fase	Actie	Uitleg	Methode	Systeem/rapportages
Plan	Onderwerp	Bepaal het onderwerp/thema. Zie vastgesteld overzicht Quality indicators: kernset kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie	<i>Leg werkafspraken en protocollen op uniforme wijze vast zodat deze terug te vinden zijn voor de betrokkenen.</i>	
	Focus	Breng focus aan, maak het klein.		
	Betrokken medewerkers	Wie zijn de betrokken medewerkers?	<i>Maak een overzichtslijst met activiteiten en verantwoordelijkheden van de betrokkenen</i>	
	Plan + doelstellingen	Maak een SMART plan met betrokkenen en leg vast wat het plan inhoudt. Leg in het plan ook doelstellingen, het beoogde resultaat en tijdspad (mijlpalen) vast.		
	Communicatie	Op welke manier wordt dit onderdeel uitgevoerd en hoe wordt hierover gecommuniceerd? Voer deze communicatie uit.		
	Meet/analyse-methoden	Welke methoden gebruik je om te meten/bestuderen of het plan goed uitgevoerd wordt en of de doelstellingen behaald worden? Leg ook vast met welke frequentie je gaat meten. Zorg dat de doelstellingen meetbaar zijn,	<i>Leg patiëntengegevens vast in HIS/ZWIP en in het Excel bestand. Evaluatie van de vastgestelde indicatorenset kan als volgt: Uit HIS te draaien: 1, 2, 3, 14 Door zorgnetwerkverbinder bij te houden in Excel: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13,14 Uit te vragen in aanloop naar MDO bij mantelzorger in te voeren via Excel :12</i>	
	Normen	Bepaal normen voor de doelstellingen.		
Do	Uitvoering	Uitvoering van het plan (klein beginnen)	<i>Leg de gegevens vast in HIS/ ZWIP</i>	
Check	Meetmethode	Bij aanvang een nulmeting uitvoeren voor de stand van zaken.	<i>Analyseer de afgesproken indicatoren. De implementatieondersteuner presenteert de vaste set indicatoren via het spinnenwebdiagram.</i>	
	Analysemethode		<i>Stel 5x waarom vraag om te analyseren als de doelstelling niet wordt gehaald</i>	
	Stand van zaken	Leg vast hoe er gemeten is en wat de stand van zaken is.		
Act	Aanpassen plan	Plan aanpassen n.a.v. de check-fase n.a.v. uitkomsten metingen Bijvoorbeeld wegnemen praktische 'issues', veranderen implementatie/communicatie methodiek, veranderen meet/analysemethodes, etc. vervolg interventies beschrijven, evt. doelstelling, meetplan of communicatieplan aanpassen. Borging / follow-up van de interventies Bij behalen van doelstelling: maak afspraken over borging. Bv. 1 x per jaar doen van steekproeven.	<i>Pas van de naar aanleiding gemeten gegevens bij de check-fase de 'nieuwe' plan-fase aan. Denk aan bijvoorbeeld het aanpassen van de doelstelling aan, en/of werkwijze, en/of implementatiewijze. Pas meetmethodes aan indien deze niet correct blijken. Leg acties vast zodat deze later aantoonbaar zijn . Communiceer over wijzigingen met de betrokkenen.</i>	
	Interventies	Wat zijn de vervolgacties als de doelstellingen en normen nog niet behaald zijn? Ook in de act fase is communicatie naar de betrokkenen belangrijk, zodat zij de van de resultaten op de hoogte zijn.		

Format verbeterplan

1. Wat is de aanleiding/bevinding?

Welke indicator voldoet niet aan de norm? (voor een overzicht van de verplichte indicatoren zie de bijlage kernset kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie)

2. Wat is de (kern)oorzaak van het probleem?

Voor analyse van het probleem – stel hiervoor vijf maal de waarom vraag.

3. Wat is de wenselijke situatie? (SMART formuleren)

Doelstelling en norm bepalen

4. Wat is nodig om gewenste situatie te bereiken?

a. Beschrijf de uit te voeren acties in termen van wat, wie, waar, wanneer, hoe

b. Beschrijf hoe betrokkenen geïnformeerd moeten worden in termen van wat, wie, waar, hoe, wanneer, frequentie

6. Hoe evalueer je het effect van je verbeterplan?

De verplichte indicatorenset is het uitgangspunt. Beschrijf de methode van meten, de methode van analyseren, frequentie, wie gaat dit doen, waar wordt dit vastgelegd

Voorbeeld verbeterplan

1. Wat is de aanleiding/bevinding?

Welke indicator voldoet niet aan de norm? (voor een overzicht van de verplichte indicatoren zie de bijlage kernset kwetsbare ouderen met complexe zorgsituatie)

Er is geen MDO – dan wel gezamenlijke patiëntenbespreking binnen het netwerk.

2. Wat is de (kern)oorzaak van het probleem?

Voor analyse van het probleem – stel hiervoor vijf maal de waarom vraag.

Het netwerk is onduidelijk.

Het is niet duidelijk hoe je het beste een MDO kunt organiseren.

Het is niet duidelijk hoe vaak een MDO gehouden moet worden.

Een MDO kost veel tijd.

Het is niet duidelijk wie het initiatief moet nemen dan wel verantwoordelijk is voor het organiseren van een MDO.

Het is niet duidelijk bij welke patiënten wanneer een MDO gehouden moet worden.

Het is niet duidelijk welke mensen het beste aan kunnen sluiten.

3. Wat is de wenselijke situatie? (SMART formuleren)

Doelstelling en norm bepalen

Per 1 december 2018 zijn er minimaal 6 MDO's gehouden waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, de POH en wijkverpleegkundige.

Per 1 juni 2017 is minimaal 25% van de complexe kwetsbare ouderen aangeduid met code ICPC A05 besproken in een MDO.

4. Wat is nodig om gewenste situatie te bereiken?

a. Beschrijf de uit te voeren acties in termen van wat, wie, waar, wanneer, hoe

b. Beschrijf hoe betrokkenen geïnformeerd moeten worden in termen van wat, wie, waar, hoe, wanneer, frequentie

Acties

1. Mogelijk noodzakelijke actie als dit nog niet gebeurd in de praktijk: 1. Patiënten inventariseren op kwetsbaarheid (ICPC A49.01) en de kwetsbare patiënten beoordelen op kwetsbaar en complex *ICPC A05) en deze gegevens vastleggen in HIS door huisarts in overleg met POH : binnen 1 maand
2. De POH stelt in overleg met de huisarts een lijst samen met mogelijke kandidaten voor het netwerk: binnen 1 maand
3. De POH benadert de kandidaten voor deelname aan het netwerk: binnen 1 maand
4. De POH zoekt in overleg met de betrokken deelnemers van het MDO naar een geschikt moment en locatie voor het MDO. Tijdsduur van het MDO wordt in overleg vastgesteld binnen 1 maand.
5. In overleg met het netwerk wordt besloten wie er bij de MDO's standaard aanwezig moet zijn en wie facultatief afhankelijk van de hulpvraag. De huisarts is de voorzitter van het MDO: binnen 1 maand
6. De POH maakt een jaarplanning voor het MDO: binnen 1 maand
7. 2 weken voorafgaand aan het MDO mailt de POH de betrokken deelnemers met verzoek welke patiënten besproken moeten worden
8. De POH selecteert in overleg met de huisarts 3 patiënten die besproken moeten worden.
9. De POH mailt de agenda van het MDO 1 week voorafgaand aan het overleg naar de betrokken deelnemers. Hierop staat vermeld datum, tijdstip, locatie en patiënten die besproken worden en wie de patiënt inbrengt en welke deelnemers aanwezig moeten zijn.
10. De zorgnetwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin zij vastlegt welke patiënten complex kwetsbaar zijn.
11. De zorgnetwerkverbinder noteert na afloop van het MDO in het overzichtsbestand welke complex kwetsbare ouderen besproken zijn in het MDO inclusief datum.
12. De zorgnetwerkverbinder maakt een bestand (Excel) aan waarin de jaarplanning van de MDO wordt vastgelegd.
13. De zorgnetwerkverbinder noteert na afloop van het MDO in het overzichtsbestand of de minimaal vereisten deelnemers bij het MDO aanwezig waren.

Voorbeeld verbeterplan

Informatie

1. Nadat de samenstelling van het netwerk, de frequentie, tijdstip en data van de MDO is vastgesteld worden de afspraken voor het MDO door de POH schriftelijk vastgelegd en via e-mail verzonden naar de leden van het netwerk.

De terugkoppeling van de resultaten naar de leden van het netwerk vindt plaats tijdens de evaluatiebijeenkomst (1x per jaar) en zo nodig wordt er tussentijds voor het % complex kwetsbaar een na 6 maanden een update verzonden naar de deelnemers door de zorgnetwerkverbinder.

5. Hoe evalueer je het effect van je verbeterplan?

De verplichte indicatorenset is het uitgangspunt. Beschrijf de methode van meten, de methode van analyseren, frequentie, wie gaat dit doen, waar wordt dit vastgelegd

Doelstelling 1:

Per 1 december 2018 zijn er minimaal vijf MDO's gehouden, waarbij minimaal de volgende drie hulpverleners aanwezig zijn: huisarts, de POH en wijkverpleegkundige:

Meetmethode: tellen aantal MDO's in de genoemde periode dat aan de criteria heeft voldaan (halen uit Excel bestand).

Frequentie: 1 x per jaar

Door wie: zorgnetwerkverbinder

Terugkoppeling: evaluatiebijeenkomst netwerk

Doelstelling 2

Per 1 juni 2017 is minimaal 25% van de complexe kwetsbare ouderen aangeduid met code ICPC A05 besproken in een MDO:

Indicator: aantal complex kwetsbare patiënten besproken in MDO gedeeld door aantal complex kwetsbare patiënten x 100%

Via HIS: aantal complex kwetsbare patiënten

Via Excel bestand: aantal complex kwetsbare patiënten besproken in MDO

Wie: zorgnetwerkverbinder

Frequentie: 2 x per jaar

Terugkoppeling: via evaluatiebijeenkomst en halfjaarlijks via de e-mail

