Hoe een multidisciplinair zorgplan uitwerken voor patiënten, die lijden aan één of meer chronische aandoeningen of ziektes, in een eerstelijnsgroepspraktijk?

Haio: ODEUR Nathalie , U.A.
Promotor: ANTHIERENS Sibyl , U.A.
Praktijkopleider: THOOLEN Milly

Context: Chronische aandoeningen komen bij meer dan 25% voor als we spreken over minstens één chronische ziekte. Om de patiënten voldoende te kunnen helpen en efficiënt te werken, wordt er vooropgesteld om te werken met een zorgplan op maat van de patiënt. In Nederland werken de huisartsen sinds kort met een individueel zorgplan. Hierbij wordt de patiënt uitgebreid betrokken om de empowerment van patiënten te vergroten. Uit de literatuur blijkt dat patiënten die beter voor zichzelf zorgen, een betere kwaliteit van leven hebben en minder kosten genereren. Het 'Chronic Care Model', dat in de jaren '90 door Edward Wagner werd uitgewerkt, stelt dat het nodig is om met een volledig team op dezelfde golflengte te zitten, om met de patiënt samen zijn zorg uit te tekenen, om evidence-based te werken en om hiervoor één informaticasysteem te gebruiken. Daarom vind ik het belangrijk om dit stap voor stap in te voeren in de multidisciplinaire praktijk waar ik werk.

Onderzoeksvraag: Hoe een multidisciplinair zorgplan uitwerken voor 20 patiënten, die lijden aan één of meer chronische aandoeningen of ziektes, in een eerstelijnsgroepspraktijk? Doelstelling volgens het SMART-principe (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden): S: Uitwerking van een multidisciplinair zorgplan voor 20 patiënten, die lijden aan één of meer chronische aandoeningen of ziektes M: Voor hoeveel patiënten hebben we een zorgplan kunnen maken? Zijn de zorgplannen goed ingevuld? A: De praktijk was al op zoek naar een betere opvolging van de chronische patiënten. Daarom was dit project acceptabel voor de praktijk. R: Het is realistisch, omdat er al een multidisciplinair team is dat een gewoonte heeft van multidisciplinair overleg (MDO). Er is een traditie van wekelijkse teamvergaderingen en de praktijk werkt volgens het forfaitsysteem. T: 46 weken om de doelstelling te behalen.

Methode: Om dit project uit te voeren werd er gekozen voor een kwaliteitsverbeterproject in mijn praktijk. Hiervoor wordt het Model for Improvement van het Institute for Health Improvement (IHI) gebruikt. Het model bestaat uit drie fundamentele vragen die de doelstellingen concreter zullen formuleren. 'Wat proberen we te bereiken'?: helder formuleren van de doelstelling, 'Hoe gaan we weten dat een verandering een verbetering is'?: proces- en resultaatsindicatoren en 'Welke veranderingen kunnen we allemaal uitvoeren die zullen leiden tot een verbetering?: 6 acties om de doelstelling te bereiken. Aan de hand van PDSA-cycli, wat staat voor Plan-Do-Study-Act, worden de verschillende acties geëvalueerd.

Resultaten: We hebben 11 van de 20 zorgplannen opgesteld. Gedurende het project zijn er vier evaluatiecyclussen uitgevoerd en zijn de acties stap voor stap uitgevoerd en aangepast.

Conclusie: Het Model for Improvement van het IHI is een zeer bruikbare tool om dit kwaliteitsverbeterproject mee uit te voeren. Van in het begin is het project stap voor stap uitgewerkt en bijgeschaafd in samenwerking met het hele team. Na een periode van 46 weken kunnen we besluiten dat de doorgevoerde veranderingen een verbetering zijn. Het is wel nodig om de inspanningen die geleverd zijn, verder te zetten om uiteindelijk een zorgplan te hebben voor iedere patiënt met een chronische aandoening.