

Transmuraal zorgpad hartfalen Wit-Gele Kruis Limburg

AANLEIDING

Vanuit de samenwerking tussen verschillende ziekenhuizen en het Wit-Gele Kruis Limburg kwam de nood tot een betere transmurale samenwerking i.f.v. de patiënten met hartfalen.

In samenwerking met het Jessa ziekenhuis en het ziekenhuis Oost-Limburg startten we effectief met een **transmuraal zorgpad**

DOEL

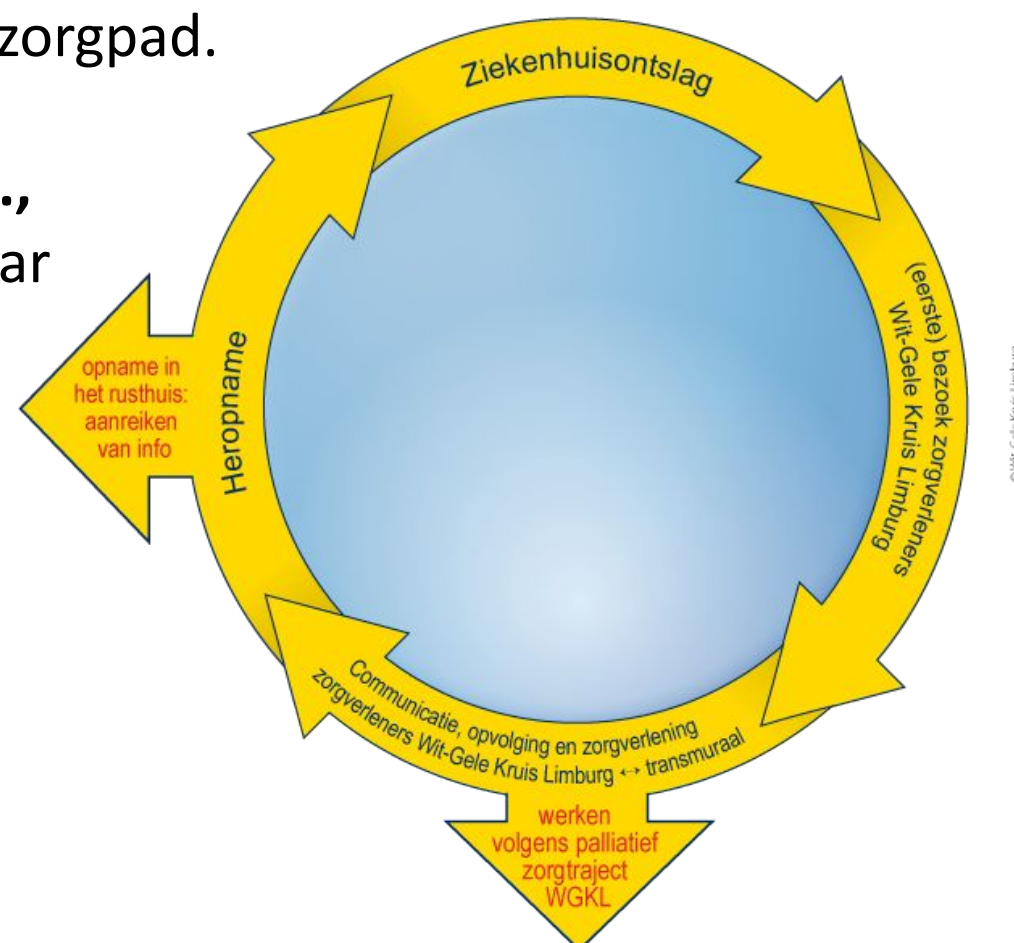
Heropname in het ziekenhuis voorkomen/ uitstellen van patiënten door:

1. Een naadloze overgang van ziekenhuis naar thuiszorg en omgekeerd, **continuïteit in communicatie** en **transmurale samenwerking in de zorg** voor de patiënt.
2. Een maximale multidisciplinaire samenwerking door alle betrokken **eerstelijnszorg- en hulpverleners optimaal in te schakelen** (thuisverpleegkundige, huisarts, kinesist, zorgkundige, verzorgende).
3. Therapietrouw en inzicht in de pathologie te verhogen bij de patiënt en zijn leefomgeving door **gericht te observeren, rapporteren, informeren en opvolgen**: ondersteuning door verpleegkundigen/diëtiste(n) van het Wit-Gele Kruis Limburg.

INTERVENTIE

Ontwikkelen en implementeren van een transmuraal zorgpad hartfalen, vanuit het Wit-Gele Kruis Limburg i.s.m. ziekenhuizen:

- **Continue transmurale communicatie** tussen hartfalenteam van het ziekenhuis en de referentiespecialist chronische zorg (RS.CZ) van het Wit-Gele Kruis Limburg.
- **Referentieverpleegkundige chronische zorg (ref.CZ) geven opleiding aan de betrokken wijkverpleegkundigen.** Bij iedere inclusie van een patiënt met hartfalen, via elektronisch verpleegdossier (EVD) en via patiëntenbesprekingen, ondersteunen zij de wijkverpleegkundigen.
- Kennis en betrokkenheid van de patiënt/mantelzorgverzorger verhogen: via **brochure 'Hartfalen als diagnose?'** weet de patiënt wat hij/zij mag verwachten vanuit het zorgpad.
- **De wijkverpleegkundige, ondersteund door de ref.CZ., stemt af met de huisarts naar opvolging parameters en klinische symptomen.**
- **De wijkverpleegkundige stemt af met de andere betrokken zorg- en hulpverleners en verwijst gericht door.**



RESULTATEN

Steekproef:

2018 tot 2022: 189 patiënten minimum 1 jaar in zorg na inclusie in het zorgpad binnen het Wit-Gele Kruis Limburg.

- Inclusie via huisarts samen met ref.CZ: 59 patiënten (31,2%)
We zien een duidelijke stijging van inclusie via de huisarts sinds de opstart van ref.CZ.
- Inclusie via ziekenhuis: 130 patiënten (68,7%)
- Gemiddelde leeftijd: 79 jaar (35j. - 95j.)

Indicator heropnames o.w.v. hartfalen binnen maand / jaar na inclusie:

- Aantal heropnames binnen maand na inclusie: **3,2%**
- Aantal heropnames binnen jaar na inclusie: **15,5%**

Vergelijking heropnames vanaf opstart zorgpad hartfalen

WGKL i.s.m. Jessa Ziekenhuis	Voormeting (20-05-2008)	Nameting (08-04-2010)	2 ^{de} Nameting (06-11-2011)	3 ^{de} Nameting (30-11-2012)	4 ^{de} Nameting (20-1-2014)	5 ^{de} Nameting (1-5-2015)	6 ^{de} Nameting (6-7-2017)
Percentages heropnames na ZH ontslag ged. tijdspanne van een jaar.	60% n = 10	37% n = 27	21% n = 55	14,5% n = 45	20,2% n = 74	15,7% n = 95	15,4% n = 149

WGKL i.s.m. ZOL	Voormeting (02/02/2011)	Nameting (02/05/2012)	2 ^{de} Nameting (02/05/2013)	3 ^{de} Nameting (10/6/2014)	4 ^{de} Nameting (01-06-2016)
Percentages heropnames na ZH ontslag ged. tijdspanne van een jaar.	37,1% n = 35	26,6% n = 30	32,5% n = 43	29,5% n = 44	17,7% n = 54

AANBEVELINGEN

- **Vast contactpersoon - referentiespecialist CZ** - tussen de netwerkpartners tweedelij (hartfalenkliniek) en het Wit-Gele Kruis Limburg.
- Wijkverpleegkundige volgt de patiënt op met **ondersteuning van de ref.CZ**.
- Thuisverpleging kan een **katalysator** zijn in de interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, in afstemming met de huisarts.
- **Periodieke afstemming** rond de stappen van het zorgpad: intern en tussen partners vanuit eerstelijns en tweedelijns is een noodzaak.
- **Zorgpad levend houden** door blijvend te evalueren, te verbeteren.
- **Zorgpad creëert duidelijkheid** bij de professionele hulpverleners en bij de patiënt.

