

Transmuraal zorgpad chronisch hartfalen Wit-Gele Kruis Limburg ism het Jessa ziekenhuis

Doelstelling

Heropname in het ziekenhuis voorkomen, alsook de levenskwaliteit van onze patiënten optimaliseren en zo mogelijk verbeteren en dit door:

- een naadloze overgang van ziekenhuis naar thuiszorg en omgekeerd, continuïteit in communicatie en transmurale samenwerking in de zorg voor de patiënt.
- een maximale multidisciplinaire samenwerking door alle betrokken eerstelijnszorg- en hulpverleners optimaal in te schakelen (huisarts, thuisverpleegkundige, kinesist, zorgkundige, verzorgende..).
- therapietrouw en inzicht in zijn pathologie te verhogen bij de patiënt en zijn leefomgeving door gerichte opvolging (observaties, rapportages) en voortdurende GVO van de vpk/diëtiste van het WGKL.

Methodologie

Het 30-stappenplan (Plan-, Do-, Check-, Act-fase) van het Belgisch-Nederlands Netwerk Klinische paden fungeert als leidraad bij de uitwerking en opvolging van dit transmuraal zorgpad chronisch hartfalen. Vanuit onze organisatie werd er geopteerd om te werken vanuit 3 groepen nl. Directie, kerngroep middenkader (leden met kennis van het concept KP) en werkgroep chronisch hartfalen (multidisciplinaire groep). Dit maakte het mogelijk voor het beleid om mee te volgen en te sturen waar nodig. Tevens was dit voor het proces en voor de werkgroep leden makkelijker om verder te kunnen werken, er werden knopen doorgehakt, beslissingen genomen. Transmuraal vanuit het Jessa-ziekenhuis werd Marita Houbrechts hartfalenverpleegkundige, mee betrokken in de uitwerking en opvolging van dit zorgpad. De gegevens van de Time-Task matrix verkregen via KP-kompas zijn de basis van ons KP-document: Omwille van het chronisch en transmuraal karakter werken we met “tijdsintervallen”: Ziekenhuisontslag → eerste bezoek door zorgverleners WGKL → communicatie, opvolging en zorgverlening door zorgverleners van het WGKL → heropname → ontslag... Deze tijdsintervallen blijven elkaar opvolgen als in een cirkel. Dit stopt niet.

Resultaten

Bij de voormeting op 20 mei 2008 werd 60% van de hartfalenpatiënten heropgenomen binnen het jaar na ziekenhuisontslag. De gemiddelde tijd tussen ziekenhuisontslag en heropname was 82, 8 dagen met een spreiding van 7 dagen en 365 dagen. Bij de nameting op 8 maart 2010 werd 37% van de hartfalenpatiënten heropgenomen op een tijdsperiode van een jaar na het ziekenhuisontslag. De gemiddelde tijd tussen ziekenhuisontslag en heropname is 141,4 dagen met een spreiding van 35 dagen en 331 dagen. Ook het aantal meermaalse heropnames (per patiënt) is gedaald: in de voormeting is dit 33,4%, in de nameting 10%. Aantal overlijden na ontslag gedurende een jaar: Voormeting: 30% met een spreiding van 28 dagen en 152 dagen, dit is een gemiddelde van 89 dagen. Nameting: 14,8% met een spreiding van 51 dagen en 273 dagen. Dit is een gemiddelde van 200 dagen.

Conclusie

Bij het uitwerken van dit zorgpad leek het transmuraal gegeven alsook het chronische karakter van deze pathologie soms te complex om tot een geslaagd zorgpad verwerkt te worden. Doch door stapsgewijs verder te werken en niet “te groots” te willen starten, is dit haalbaar. Uit onze intensieve samenwerking met het Jessa ZH blijkt duidelijk dat we, ieder vanuit onze eigen instelling, dezelfde kwaliteit en efficiëntie van zorg voor onze patiënt beogen. Dit is een grote meerwaarde naar de zorg voor de patiënt alsook naar “netwerking” toe! Het 30 stappenplan is een goede methodiek gebleken voor de ontwikkeling van dit zorgpad. Ten gevolge van de specificiteit van de thuiszorg kan je dezelfde stappen op een iets andere weg nemen.

Contactpersonen:

WGK Limburg: Monique Reenaers, Tel. +32 (0)89/30.08.80, email: monique.reenaers@limburg.wgk.be

Jessa ziekenhuis: Bert Van Hoecke of Marita Houbrechts, Tel. 011/30.81.11