



NASCHOLING

Blijvend contact, de weg naar betere zorg



Met medewerking van:

José Brummelhuis,
gespecialiseerd verpleegkundige longen/eczem,
Evéan Zorg, Purmerend

Els Fikkers,
verpleegkundig specialist, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem



Judith Cohen

Samenvatting

Het Zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname biedt handvatten voor gestructureerd overleg met de patiënt en betrokken zorgverleners. Transmurale samenwerking en goede communicatie staan hierbij centraal. Het draagt bij aan het vroegtijdig signaleren van problemen en kansen en legt de basis voor de nodige actieplannen. Zowel de patiënt als de zorgverleners plukken hier de vruchten van. Patiënten voelen zich veiliger, weten goed wie hun eerste aanspreekpunt is en worden gekend in hun toekomstige ziekte-traject. Hun tevredenheid en de afname van heropnames tot grote werkvoltoening bij professionals.

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- Bent u bekend met de voordelen die vaste contactmomenten bieden na een ziekenhuisopname voor longaanval bij COPD;
- Bent u op de hoogte van de kernpunten die idealiter besproken worden in ontslag- en overdrachtsdocumenten naar aanleiding van het dag-2 gesprek;
- Bent u zich bewust van het belang van een warme overdracht en welke voordelen hiermee gepaard gaan;
- Bent u zich bewust van het belang van casemanagement en transmurale multidisciplinaire overlegstructuren, omdat u hiermee de patiënt na een longaanval bij COPD een betere kwaliteit van leven kan bieden, u meer patiënttevredenheid kunt ervaren en het risico op heropname kan verlagen.

Dit artikel is ook onderdeel van een online nascholing. Ga naar: www.mediamed.nl

Het naleven van het 'Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname' kan het aantal opnamedagen verlagen terwijl de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid gelijk blijven. Dit succes is vooral gelegen in een systematische, eenduidige werkwijze van de verschillende longregio's in het land. Om de praktijkvariatie tussen instellingen, zorgverleners en moment van opname te beperken is een gestructureerde aanpak wenselijk, waarbij samenwerking een sleutelrol speelt. Het zorgpad biedt handvatten voor betere zorg voor de COPD-patiënt in de vorm van vaste contactmomenten, zorgcoördinatie en transmurale samenwerking.

Het zorgpad bestaat uit een aantal stappen die voor een patiënt met COPD die opgenomen wordt in het ziekenhuis met een longaanval, een essentiële rol spelen bij het tijdig signaleren van problemen en kansen. Het hanteren van het dag-2 gesprek en het ontslaggesprek is een eenvoudige en doeltreffende methode om dit te ondersteunen (zie figuur). Ook na de opname zijn er vaste contactmomenten gedefinieerd binnen het zorgpad. Dit zijn momenten waarin met de patiënt het vervolgtraject bepaald en geëvalueerd wordt om zo bij te dragen aan het voorkomen van een heropname en de patiënt te begeleiden bij zijn persoonlijke zorgplan.

Het is aan de regio aan wie zij de rol van verantwoordelijke en coördinerende zorgverlener toekennen, ook wel zorgcoördinator of casemanager genoemd. Veelal zal dit een gespecialiseerd longverpleegkundige, of thuiszorgverpleegkundige zijn, maar de rol kan uiteraard ook vervuld worden door longarts, huisarts, transferverpleegkundige, et cetera. In dit artikel spreken we voornamelijk over zorgcoördinator.

Het dag-2 gesprek

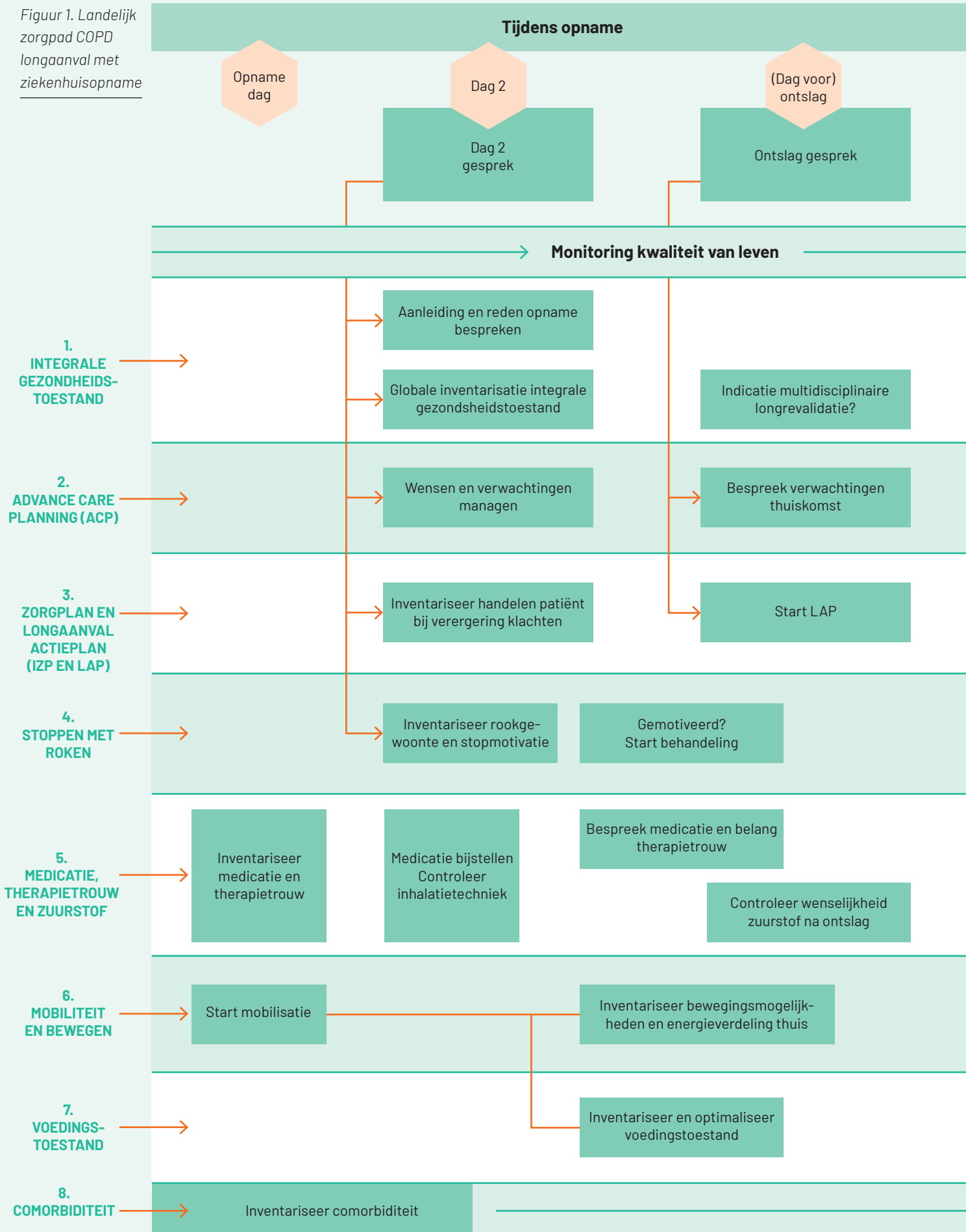
Wat is de onderliggende aanleiding voor de opname? Kunnen we op basis hiervan een zorgplan opstellen? Deze vragen staan centraal in het gesprek dat de zorgverlener en de patiënt voeren op de dag na opname. Het is ook het moment om de verwachtingen van patiënt, mantelzorger en zorgverlener over de opname en het herstel op elkaar af te stemmen, en om te anticiperen op acties die nodig zijn voor een succesvolle gang naar huis.

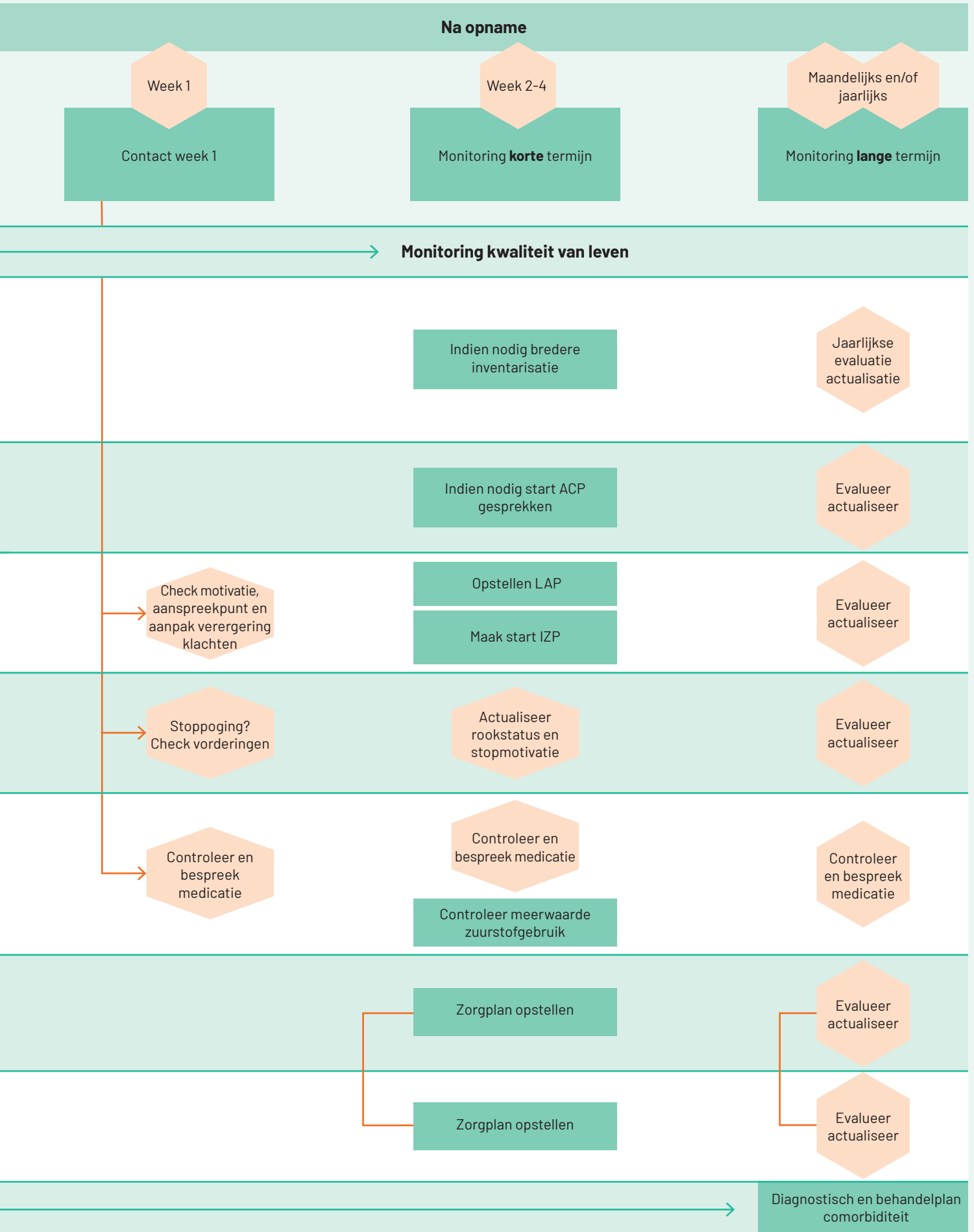
Verder is het dag-2 gesprek geschikt om te praten over hoe effectief de gebruikelijke reactie van de patiënt is als zijn klachten toenemen. Daarnaast is het zaak dat de zorgverlener integrale aspecten van de gezondheidstoestand inventariseert, zoals spirituele, psychosociale en leefstijlfactoren. Denk bijvoorbeeld aan rookgedrag en het peilen van de motivatie voor stoppen met roken. Een ander vast onderdeel is de te verwachte ontslagdatum. Een veel gehoorde valkuil bij het voeren van dit gesprek is 'alles' te willen bespreken met de patiënt. Daar is meestal onvoldoende ruimte voor. Een tip is om het gesprek te beperken tot het signaleren van problemen en kansen.

Het ontslaggesprek

Het uitvoeren van een ontslaggesprek is niet nieuw. Maar als je dieper vraagt naar wat er in zo'n gesprek besproken wordt, dan blijkt het vaak een vluchtige visite te zijn met als hoofdthema's het medicatieoverzicht en de nieuwe data voor het polibeziek. Het omschreven ontslaggesprek van het zorgpad staat vooral in het teken van veiligheid. Hebben de patiënt en mantelzorger

Figuur 1. Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname





voldoende vertrouwen in het ontslagmoment? Heeft de patiënt voldoende ondersteuning aan huis? En zijn er nog acties nodig voor het geval de klachten toenemen? De zorgverlener bespreekt het Longaanval Actieplan (LAP). De patiënt krijgt instructies over welke signalen wijzen op verergering van de klachten en welke reactie of rescue-medicijnen daarbij horen. Andere punten van het LAP kunnen gezien de tijd beter kort na ontslag besproken worden, zo bleek uit de pilotfase toen voor het eerst met dit zorgpad gewerkt werd. Wel komen alle noodzakelijke activiteiten voor de eerste weken na ontslag aan bod en wordt benadrukt wie het eerste aanspreekpunt in die periode wordt (zie ook zorgcoördinatie).

In de overdrachts- en ontslagdocumenten vat de zorgverlener alle informatie van het dag-2 gesprek en het ontslaggesprek samen. Op hoofdlijnen gaat het om:

- De vermoedelijk onderliggende aanleiding voor de opname;
- Eventuele afwijkende bevindingen tijdens de opname, inclusief de acties;
- Of het LAP is besproken, inclusief de gemaakte afspraken;
- Of heropname, reanimeren/beademen gewenst zijn in een verslechterde situatie;
- De medicatieafspraken die bij ontslag gemaakt zijn;
- Informatie over een eventuele interventie voor stoppen met roken;
- De huidige status van de COPD-controle met behulp van de CCQ-score;
- Wie het eerstvolgende contactbezoek initieert;
- Wie het primaire aanspreekpunt (zorgcoördinator) wordt in de thuissituatie of volgende instelling (zie ook zorgcoördinator).

Warme overdracht vanuit ziekenhuis naar huis

Een zogeheten 'warme overdracht' naar de eerste lijn, bevordert de continuïteit van zorg en draagt bij aan het verminderen van heropnames. Idealiter is de zorgcoördinator zowel tijdens opname als daarna dezelfde, echter dit is vaak niet mogelijk. Kiest een regio net zoals regio Zaanstreek voor een eerstelijns casemanager, dan is het aan te bevelen nog tijdens de opname kennis te maken met de betreffende persoon. Dit is zeker van belang als de patiënt vóór opname te maken heeft gehad met verschillende zorgverleners in zowel de eerste- als tweedelijnszorg.

Contact week 1

Binnen een week na de opname neemt een zorgverlener contact op met de patiënt om te horen hoe het gaat en of alle gemaakte afspraken helder zijn. Er wordt idealiter een inschatting gemaakt van het pluis/niet-pluisgevoel en er wordt nagegaan of er een risico bestaat dat de patiënt weer vervalt in oude gewoonten. Na de pilotfase waarin gewerkt werd met het zorgpad, gaven deelnemende regio's aan een duidelijke meerwaarde te zien van een huisbezoek en/of eHealthtoepassingen, met name bij patiënten die herhaaldelijk worden opgenomen. Maar als dit in een regio om welke reden dan ook niet te regelen is, dan laten de studieresultaten zien dat een telefoongesprek al duidelijk

Zorgcoördinator:

- Fungeert als eerste aanspreekpunt voor de patiënt;
- Is de zorgverlener die alle taken van en afspraken en acties tussen zorgverleners binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband coördineert en op elkaar afstemt;
- Draagt expliciet bij aan de communicatie tussen de zorgverleners en patiënt gedurende het gehele zorgproces, met name tijdens overdrachtmomenten;
- Neemt de verantwoordelijkheid wanneer zaken niet verlopen als gepland en spreekt mensen hierop aan.

Voorwaarden zorgcoördinator:

- De zorgcoördinator gaat altijd uit van het belang en de zorgvraag van de patiënt, is op de hoogte van de thuissituatie en kent de sociale kaart van de regio. Hoewel dit formeel wel kan, is dit meestal niet de eindverantwoordelijke voor de behandeling van een patiënt (de hoofdbehandelaar). De voorkeur gaat uit naar één coördinator gedurende het gehele proces. Goede opties zijn in ieder geval een longverpleegkundige vanuit ziekenhuis, thuiszorg of POH.
- Het belang van het bestaan van een zorgcoördinator moet door alle medewerkers gedragen worden en in samenwerking, tijd en geld gefaciliteerd worden.

meerwaarde heeft op het aantal ligdagen.

Tijdens een huisbezoek kan die zorgverlener in de eigen vertrouwde rustige omgeving (nogmaals) ingaan op besproken zaken, waaronder de te nemen acties bij verergering van klachten en/of een terugval van een bepaalde leefstijlinterventie. Ook geeft inzicht in de thuissituatie een duidelijke algehele indruk van gewoonten en gedrag van de patiënt. Sommige zorgverleners vinden dit bezoek het meest geschikte bezoek om te spreken over stoppen met roken en het uitkristalliseren van het LAP.

Monitoring korte termijn

Herstel staat centraal in het vervolggesprek dat na circa twee weken plaatsvindt. In overleg met de zorgcoördinator neemt één van de zorgverleners rondom de patiënt (of de zorgcoördinator zelf) het initiatief om samen met de patiënt een Individueel Zorgplan (IZP) op te stellen. Waar het in het LAP ging over vroegherkenning van symptomen en een (zelf)actieplan, beschrijft het IZP het integrale ziekte-traject van een patiënt. Leidraad bij het IZP zijn de persoonlijke streefdoelen van de patiënt, bijvoorbeeld het vaker kunnen oppassen op kleinkinderen. De patiënt stelt (korte) termijndoelstellingen vast en wordt daarbij ondersteund door de zorgverlener. Zijn er specifieke acties of interventies nodig, dan organiseert de zorgverlener deze (zie ook artikel zelfmanagement elders in dit magazine).

De onderdelen van het IZP zijn afhankelijk van de wensen van de patiënt. Belangrijke onderwerpen kunnen zijn:

- Leefstijlfactoren zoals roken, bewegen en voeding;
- Effectief inhaleren van medicatie;
- Omgaan met depressie of angst om te stikken;
- Wensen voor een (te zijner tijd) waardig levenseinde.

Monitoring lange termijn

Na verloop van tijd, meestal na twee maanden, is het tweede vervolggesprek. Het voornaamste thema is dan de integrale gezondheidstoestand van de patiënt. Ook de persoonlijke streefdoelen worden geëvalueerd; zijn ze gehaald en kunnen we nieuwe doelen formuleren? Of moeten we ze bijstellen? Hoeveel gesprekken vervolgens noodzakelijk zijn en bij welke zorgverlener is per patiënt verschillend. Mogelijk is een gehele terugverwijzing naar de eerste lijn wel een reële optie geworden? In ieder geval dient er minimaal jaarlijks een evaluatie plaats te vinden in de eerste of tweede lijn.

Zorgcoördinatie

Diverse regio's die meededen aan de pilot van het zorgpad, zetten casemanagement nu standaard in. Zo krijgen COPD-patiënten in het Dijklander Ziekenhuis, Zaans Medisch Centrum of Bovenij Ziekenhuis na hun opname een gespecialiseerde longverpleegkundige toegewezen als casemanager. Deze verpleegkundigen van thuiszorgorganisatie Evéan Zorg wonen de wekelijkse transmurale multidisciplinaire overleggen bij in de drie ziekenhuizen. Afhankelijk van de problematiek bespreken longarts, huisarts, psycholoog, diëtiste, transfervpleegkundige en longverpleegkundige van de thuiszorg de patiënten die in die week naar huis gaan. Een zeer 'warme' overdracht dus.

Transmurale multidisciplinaire samenwerking

Om goed te kunnen inspelen op potentiële risico's, is het aan te bevelen om de patiënt te bespreken tijdens een transmuraal MDO (tMDO) dat net voor het ontslag uit het ziekenhuis plaatsvindt. Alle zorgverleners kunnen daar inbrengen wat hen is opgevallen over de ziekte en het gedrag van de patiënt. Dit geeft een goed overzicht wat na afloop van de opname in gang gezet kan worden en als input meegenomen kan worden bij de

bespreking van het persoonlijk zorgplan met de patiënt.

Het tMDO is ook geschikt om stil te staan bij *advance care planning*. Deze proactieve zorgplanning is een essentieel onderdeel van de zorg voor patiënten met (ernstig) COPD, en zou standaard met de patiënt besproken moeten worden tijdens het opstellen van het IZP. Nog niet alle ziekenhuizen voeren een gesprek over proactieve zorgplanning met alle COPD-patiënten, terwijl het juist bij die patiënten die voor de tweede maal of vaker binnen het jaar opgenomen zijn met een longaanval, erg relevant en actueel is omdat hun kans op overlijden binnen het komend jaar groot is.

Als in het tMDO blijkt dat de proactieve zorgplanning nog ontbreekt, kan de zorgcoördinator het oppakken en bijvoorbeeld ter sprake (laten) brengen in het eerste thuisbezoek na ontslag.

Tevredenheid en tips

De zorgverleners uit de longregio's die hebben gewerkt met het zorgpad in de pilotfase gaven aan dat patiënten tevredener leken, en dat zij zelf meer werkplezier hadden. Dit kwam onder andere door het verbeterde contact met de patiënt en met collega-zorgverleners. Wel zijn er een aantal praktische tips voor collega's die van plan zijn het zorgpad de komende tijd te gaan implementeren:

- Probeer niet in één keer alle onderdelen in het zorgpad tegelijk te implementeren, maar doe dit stapsgewijs. Start bijvoorbeeld met een goed dag-2 gesprek, waarin zoveel als mogelijk geïnventariseerd wordt. Actieplannen en uitvoering kunnen in een later stadium volgen;
- Streef naar een transmuraal MDO voor ontslag waarbij de zorgcoördinator aanwezig is. Indien dit (nog) niet mogelijk is, streef dan naar zo volledig mogelijke overdrachtsdocumenten of (indien mogelijk) digitale toegang tot elkaars informatie systemen (HIS/ZIS);
- Zorg dat alle zorgverleners het belang inzien van en overgaan tot het voeren van een gesprek over proactieve zorgplanning, het opstellen van een LAP en een IZP;
- Leer de verschillende betrokken zorgverleners van alle disciplines persoonlijk kennen. Dit bevordert de communicatie en de implementatie van het zorgpad, en daardoor de zorg voor de COPD-patiënt. ●

Bronnen

LAN. Landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname. Te vinden op: www.longaanval.nl

Westbroek LF, Klijnsma M, Salomé P, et al. Reducing the number of hospitalization days for COPD: Setting a transmural-care pathway. *Int J COPD* 2020;15:2367-77. <https://doi.org/10.2147/COPD.S242914>



Een 'warme overdracht' bevordert de continuïteit van zorg.