



www.pixabay.at

Implementierung einer APN Diabetes Care am Landeskrankenhaus Feldkirch mit dem Projekt

Transitionskoordination – Begleitung von Jugendlichen mit Typ 1
Diabetes von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin

DGKP/Diabetesberaterin Giesinger Ruth

Linz, April 2022

DGKP/Diabetesberaterin Ruth Giesinger

Diplom seit 1998

1998 -2004

auf einer bettenführenden Internen Station tätig

Seit Oktober 2004 als Diabetesberaterin am LKH Feldkirch

Erfahrungen die zu einer vertieften klinischen Pflegekompetenz beitragen:

- Ausbildung zur Diabetesberaterin (Schladming; VÖD)
- ULG Diabetes Care, Upgrade in Graz
- einwöchiges Praktikum an der Diabetesklinik Bad Mergentheim (D)
- Internationales Ausbildungsseminar für Ärzte und Diabetesberater über „Funktionelle Insulintherapie und das modulare Schulungssystem“
- Mehrmalige Teilnahme an den interdisziplinären Seminaren der DESG – Deutschschweiz
- Unzählige Seminare und Fortbildungen zu fachspezifischen Themen
- Tätigkeit als Lehrende, Mitarbeit in Arbeitsgruppen und bei der Organisation von Fortbildungen (auch interdisziplinär)
- aktives Mitglied im Verband der österreichischen DiabetesberaterInnen (Bundeslandvertreterin)



Landeskrankenhaus Feldkirch



- größtes Schwerpunktkrankenhaus des Land Vorarlberg
- größte Diabetes- Endokrinologische- Stoffwechselambulanz
- Patientenzuwachs in der Stoffwechselambulanz seit 2014 eine Steigerung von 22,4%¹
- Leitbild „ Im Auftrag ihrer Gesundheit“ ²

¹ Bereuter, S., (2022). Ambulanzstatistik Landeskrankenhaus Feldkirch

² Vorarlberger Landeskrankenhäuser: www.landesskrankenhaus.at/gesundheitsunternehmen/unsere-verantwortung/wertschoepfung

Wieso eine APN Diabetes Care am Landeskrankenhaus Feldkirch implementieren?

- ANP Diabetes Care als Clinical Nurse Specialist (CNS)
 - Verbesserte Patientenoutcomes
 - Verbesserung der Qualitäts- und Pflegeentwicklung¹
- Innovative Schritte setzen in der Versorgung eines hochkomplexen und vielseitigen Patientenlientel
- Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme verbessern durch neue Zielsetzungen
 - Qualitätsverbesserung der Gesundheitsdienstleister durch den Einsatz von Pflegeexperten ANP

Ziele die durch eine APN Diabetes Care am LKHF erreicht werden können

- bessere Patientenoutcomes mit einer besseren Lebensqualität und auch Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes Mellitus
- bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Benefit für PatientInnen, aber auch mit einer Optimierung der Schnittstellen
- verbesserte Qualität der Pflege durch leichteren Zugang von unterstützender Pflege durch Case-Management
- bessere Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen
- verbesserte Gesundheitsförderung
- neue Möglichkeiten der Pflegeentwicklung
- durch Mentoring und einer praxisorientierten Lehre geringere Fluktuation von Pflegepersonen und motivierte MitarbeiterInnen
- gesteigertes Ansehen der Pflege durch Sichtbarkeit der Möglichkeiten von hoch professioneller Pflege
- Kürzere Liegedauer auf den Stationen

Viele dieser Ziele decken sich mit den Ergebnissen die im ICN Policy Brief ANP als zentrale CNS Ergebnisse definiert sind¹.

Zukunftsorientierte Realisierungsprojekte

APN Diabetes Care am LKHF

- Sprechstunde für PatientInnen und deren Angehörige
- Spezifische Fortbildungen und Bedside-Teaching
- Fallbezogene kollegiale Beratung (Konsultation)
- Interdisziplinäre und multiprofessionelle Fallbesprechung (fachliches Leadership)
- Transitionskoordination von Typ 1 Diabetikern in die Erwachsenenambulanz

Projekt: Transitionskoordination

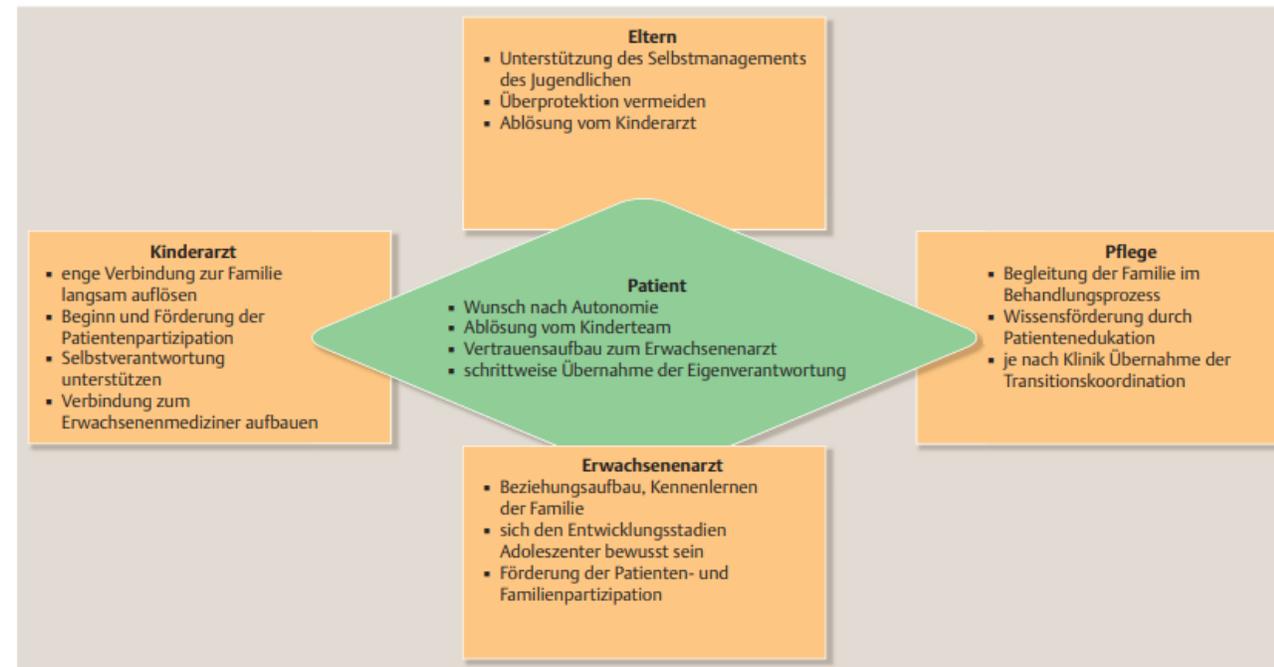
Begleitung von Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin

Problemstellung in der Transition¹:

- Therapieadhärenz nimmt ab
- vermehrte Notfallsituationen
- Betreuungsabbruch
 - mehr als 40 % der Jugendlichen mit Typ 1 gehen in dieser Zeit verloren²

Gründe für das Scheitern der Transitions sind zu finden in¹:

- Organisation
- Struktur- und Prozesskriterien
- Intrinsische Aspekte der Adoleszenz



Essig, S et al., 2016. S:13

¹ Essig, S et al., (2016). Transition bei chronischen Erkrankungen der Kindheit und Jugend. Pädiatrie up2date, 11 (1): S. 60

² www.oedg.at/pdf/1803-Pressaussendung-Transition.pdf

Projektziele - Transitionskoordination

- Schnittstellen zwischen Pädiatrie- und Erwachsenen- Diabetesambulanz sind optimiert
- Entwicklungsangepasstes Schulungsangebot für Jugendliche mit Typ 1 DM ist eingeführt
- Mehr zeitgerecht übernommene Jugendliche in die Erwachsenenambulanz der Internen ohne Unterbrechung der kontinuierlichen Betreuung an einem Diabetes-Zentrum

Wie werden die gesteckten Ziele erreicht?

- Verbesserte Prozessstrukturen
 - Überarbeitung der Zuweisungsmöglichkeiten, Verantwortlichkeiten, Kommunikationsplan, strukturierte Unterlagen, Kennzahlen
- Koordination der Transition mit Transitionsplan, das Termine und Maßnahmen definiert, terminisiert und transparent sind
- multidisziplinäre Zusammenarbeit und Fallbesprechung (Leadership)
- Verwendung spezieller Assessmentinstrumente
 - PAID Fragebogen – um die Problembereiche in der Diabetestherapie wahrnehmen zu können (kann zur Evaluierung herangezogen werden)¹
 - H.E.E.A.D.S.S.S Anamnese-Fragebogen – um die psychosoziale Entwicklung der Jugendlichen erfassen zu können und gezielt darauf eingehen mit dem entsprechenden Schulungsangebot für junge Menschen in der Adoleszenz²

¹ Polonsky WH et al., (1995). Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care 1995. 18 (6), S. 754-760

² Smith, G., McGuinness, T., (2017). Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEADSSS. Journal of Psychosocial Nursing. 2017, 55 (5), S. 24-27

Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen ANP können und bieten:

- Pflege benötigt innovative Veränderungen
 - Pflege übernimmt einen großen Part in der Gesundheitsversorgung und ist ein zuverlässiger Partner – Pflegeentwicklung und Qualitätssicherung muss gefördert werden
- Struktur- und Prozessoptimierung, diese muss koordiniert werden für eine bessere Ergebnisqualität
- Förderung der Pflegepraxis durch:
 - Lehre, Mentoring
 - Beratung
 - evidenzbasierte Pflegepraxis
 - „Critical Thinking“
- Durch die vertiefte und erweiterte Pflegepraxis kann bei speziellen Zielgruppen Verbesserungen im Patientenoutcome erzielt werden:
 - Gesundheitsförderung
 - Case-Management
 - inter- und multidisziplinäre Zusammenarbeit
 - durch Mentoring und Förderung der Selbstmanagementkompetenzen

Literatur- und Bildquellen

- Bereuter, S., (2022). Ambulanzstatistik Landeskrankenhaus Feldkirch
- Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., (o.J.). ICN-Policy Brief: ICN-PolicyBrief. AdvancedPracticeNursing.pdf (who.int)
- Essig, S et al., (2016). Transition bei chronischen Erkrankungen der Kindheit und Jugend. Pädiatrie up2date, 11 (1): S. 55-74
- Österreichische Diabetesgesellschaft, 2018: www.oedg.at/pdf/1803-Pressaussendung-Transition.pdf
- Polonsky WH et al., (1995). Assessment of diabetes-related distress. Diabetes Care 1995. 18 (6), S. 754-760
- Schober, M et al., (2020). ICN- Guidelines on Advanced Practice Nursing: ICN_APN Report_EN_WEB.pdf
- Smith, G., McGuinness, T., (2017). Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEDSSS. Journal of Psychosocial Nursing. 2017, 55 (5), S. 24-27
- Titelbild: www.pixabay.com
- Vorarlberger Landeskrankenhäuser: www.landesskrankenhaus.at/gesundheitsunternehmen/unsere-verantwortung/wertschoepfung

Transition heißt Übergang und gibt es ihn vielen Bereichen!



DGKP/Diabetesberaterin
Pflegeexpertin APN Diabetes Care
Ruth Giesinger

Diabetesambulanz LKHF
Carinagasse 47
6800 Feldkirch
05522 303 4652
ruth.giesinger@lkhf.at