

# Die spitalübergreifende Pflegesprechstunde Lebertransplantation

Sonja Beckmann, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich (USZ), Schweiz;  
Patrizia Künzler-Heule, Klinik für Gastroenterologie/Hepatology, Entwicklung Pflege und Qualitätsmanagement, Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Schweiz

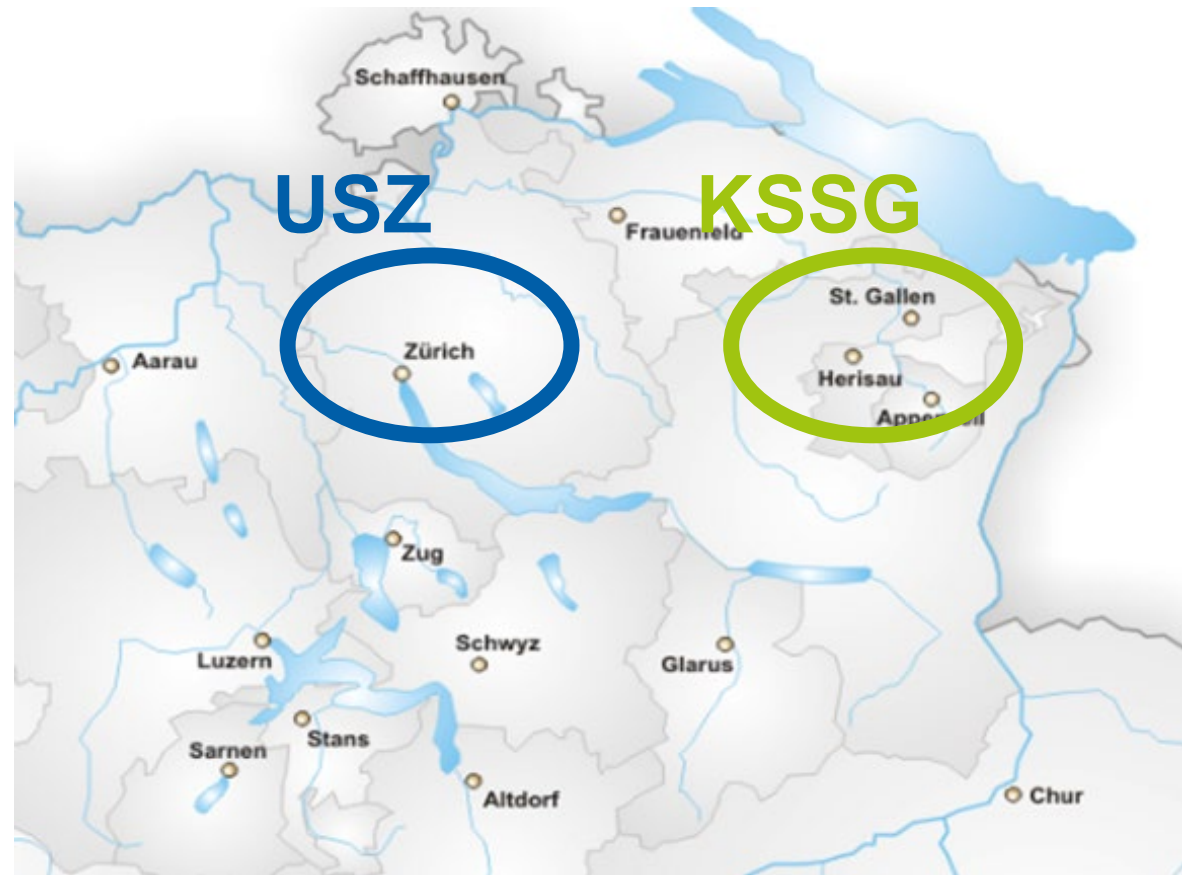


Abb. 1

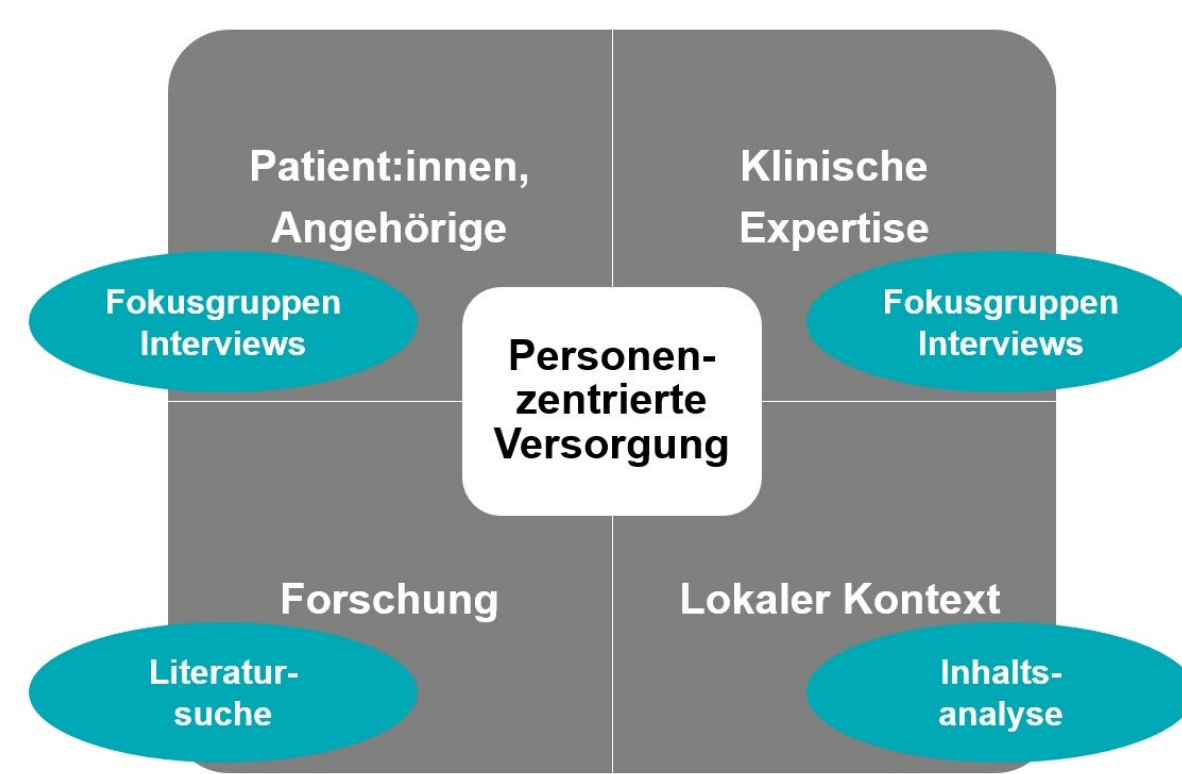


Abb. 2

Rycroft-Malone et al. *Journal of Advanced Nursing*, 2004

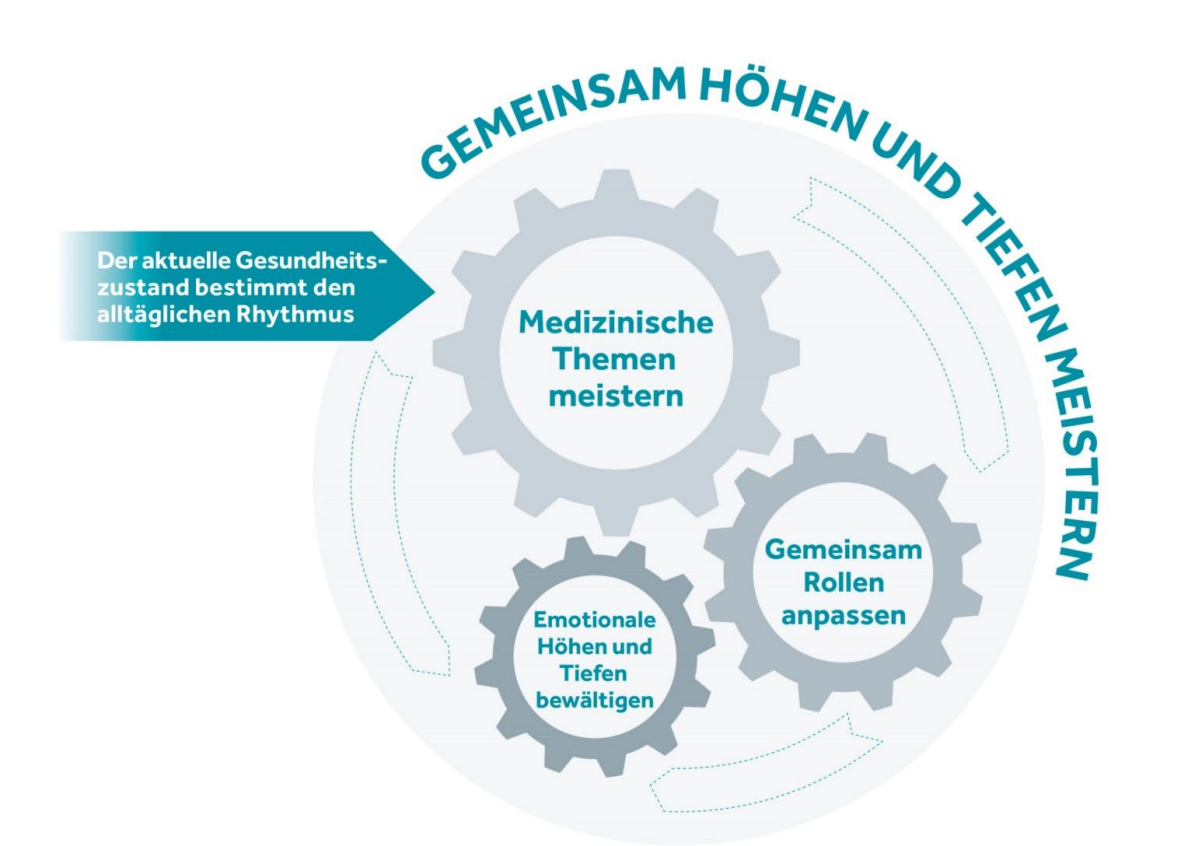


Abb. 3

Beckmann & Künzler et al. *Prog in Transpl*, 2015

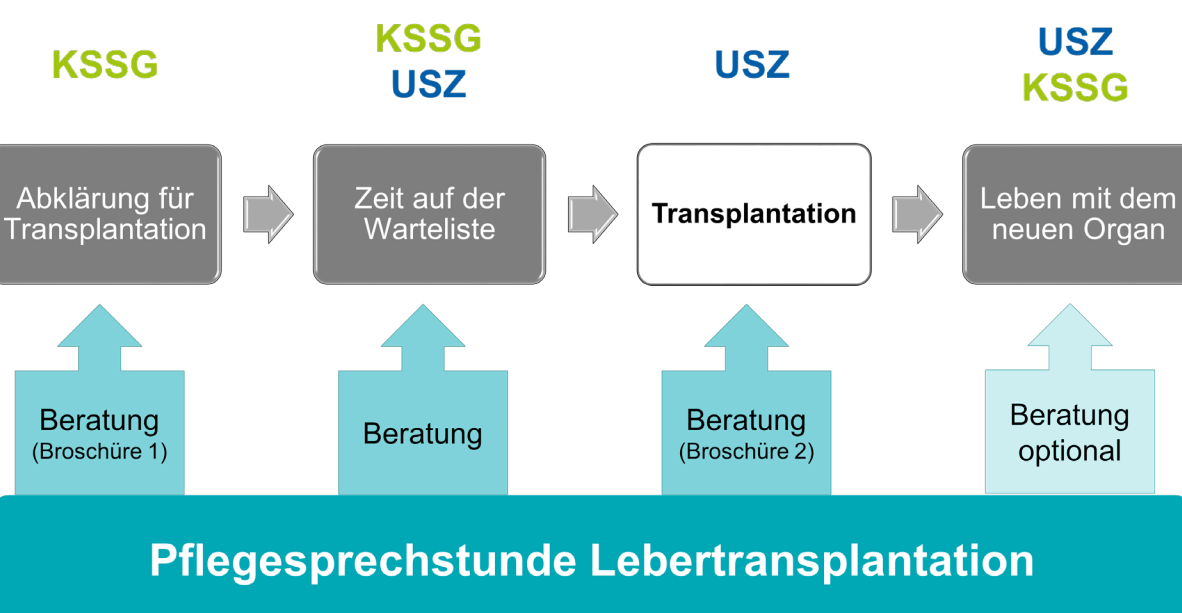


Abb. 4



Abb. 5

HEPATISCHE ENZEPHALOPATHIE

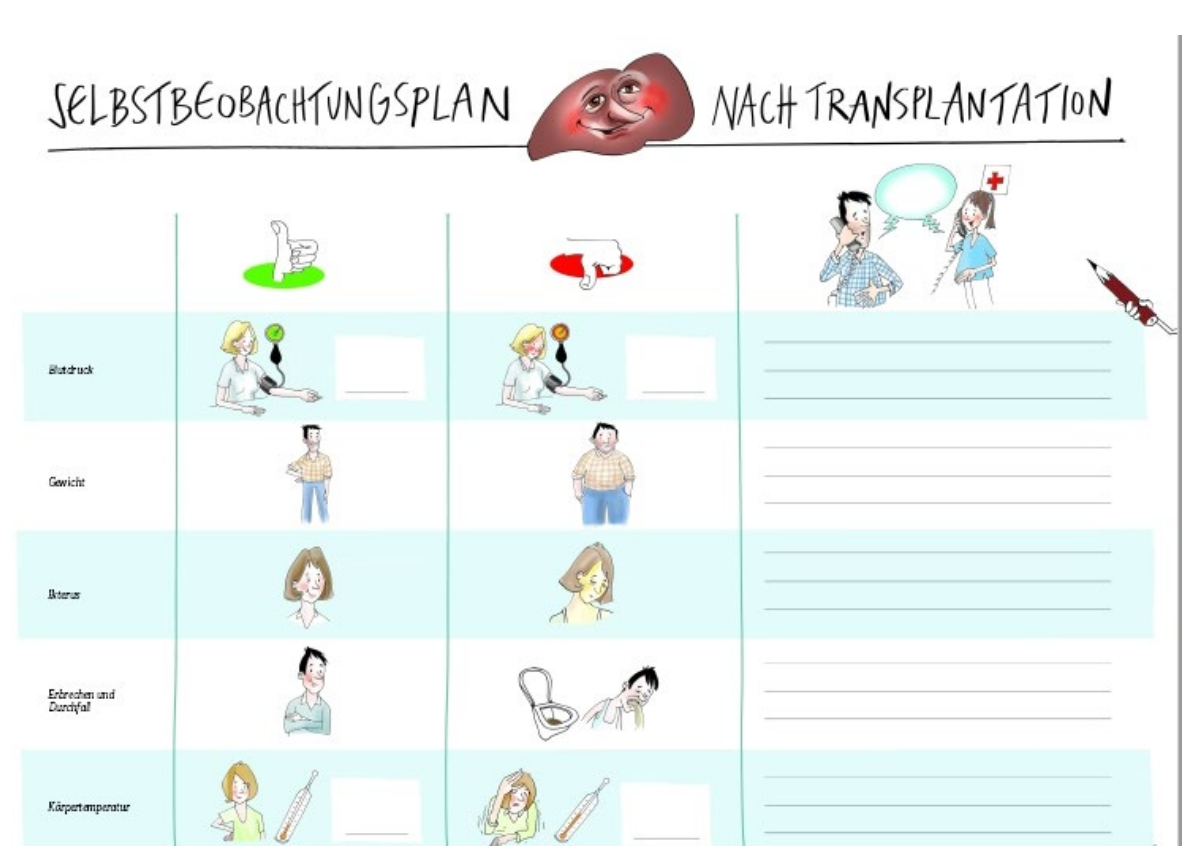


Abb. 6

## Hintergrund

- Patient:innen und Angehörige benötigen langfristige Unterstützung im Umgang mit der komplexen, chronischen Lebererkrankung:
  - Vor Transplantation: Symptombelastung durch Aszites, Hepatische Enzephalopathie, Fatigue, Ikterus
  - Nach Transplantation: Immunsuppression erhöht das Risiko für kardiovaskuläre, metabolische, maligne Begleiterkrankungen
- Abhängig vom Gesundheitszustand gibt es häufige Transfers zwischen dem heimatnahen Spital (KSSG) und dem Transplantationszentrum (USZ) (Abb.1)
- Transfers erhöhen die Gefahr der fragmentierten Versorgung im multiprofessionellen Behandlungsteam
- Im Jahr 2014 Entwicklung der Pflegesprechstunde Lebertransplantation unter Leitung der beiden Advanced Practice Nurses (APN)
- Ziel: Verbesserung der Versorgungsqualität durch koordinierte, kontinuierliche Betreuung von Patient:innen und Angehörigen

## Entwicklung

- Kontextanalyse anhand des Evidenzmodells nach Rycroft-Malone (Abb. 2)
- Ergebnisse der 11 Fokusgruppeninterviews mit Patient:innen, Angehörigen, Fachpersonen (n=48) (Abb. 3), Literaturübersicht, und Analyse des lokalen Kontexts waren Grundlage für Ausarbeitung der Inhalte der Pflegesprechstunde, Definition von Prozessen und Strukturen, Anpassung an bestehende Gegebenheiten

## Praktische Umsetzung

- Der Patientenpfad bestimmt Struktur der Pflegesprechstunde Lebertransplantation (Abb. 4):
  - Langfristige Routinebetreuung bei Lebererkrankung erfolgt wohnortnah durch APN am KSSG
  - Abklärungen für Aufnahme auf Warteliste zur Lebertransplantation durch Behandlungsteam des KSSG
  - Endgültige Schlussevaluation für Listung am USZ, Erstkontakt zur APN am USZ
  - Transfers zwischen den Spitälern abhängig vom Gesundheitszustand
  - Transplantation am USZ
  - Mittelfristige Betreuung am USZ (Wochen bis Monate)
  - Nachfolge-Langzeitbetreuung am KSSG
- Regelmässiger Austausch der APNs zu aktuellen Belangen der Patient:innen und Angehörigen
- 3 Beratungen sind fest geplant: während den Abklärungen zur Listung, während Wartezeit und beim stationärem Aufenthalt nach Lebertransplantation (Abb. 4)
- Weitere optionale Beratungen angepasst an Krankheitsverlauf oder aktuelle Bedürfnisse
- Voraussetzungen für die institutionsübergreifende Zusammenarbeit der beiden APNs
  - identische konzeptionelle Ausrichtung der Pflegesprechstunde: Unterstützung und Befähigung im Selbstmanagement<sup>1-3</sup>; Organisation der Versorgung anhand des Chronic Care Models<sup>4</sup>
  - gemeinsames Edukationskonzept zu Inhalt, Zeitpunkt, Kommunikationstechniken und personellen Zuständigkeiten der Schulungen (z.B. APN oder Pflegefachpersonen der Bettenstation)
  - Verwendung der gleichen Hilfsmittel zur Beratung (Broschüren und Bildillustrationen) (Abb. 5 und 6)
  - Praxisentwicklung und Wissenstransfer ist Teil der Rolle (Fortbildungen für Pflegeteams, Kongresse)

## Reflektion

- Patient:innen und Angehörige
  - Spüren und schätzen die Kontinuität durch die APN Versorgung
  - Positive Rückmeldungen zu strukturierten Schulungen sowie individuellen und situationsabhängigen Beratungen, unabhängig vom Aufenthaltsort
- APNs
  - Zusammenarbeit und fachlicher Austausch ermöglicht kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der spezialisierten Versorgung der komplexen und chronisch kranken Population.
- Team
  - Pflegesprechstunde ergänzt inhaltlich und thematisch die ärztliche Sprechstunde mit dem Fokus „Umgang mit der Erkrankung“.
  - Verbessertes Wissenstransfer im Behandlungsteam durch enge Zusammenarbeit der APNs

Referenzen <sup>1</sup> Lorig & Holman. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7. <sup>2</sup> Bodenheimer et al. *JAMA*. 2002;288(19):2469-2475. <sup>3</sup> Corbin & Strauss. *Unending work and care: managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass 1988. <sup>4</sup> Wagner et al. *Milbank Q*. 1996;74(4):511-544