



Schäfer-Keller
Petra



Vasserot Krystal



Selbstpflege bei Herzinsuffizienz: Bedeutung und Relevanz

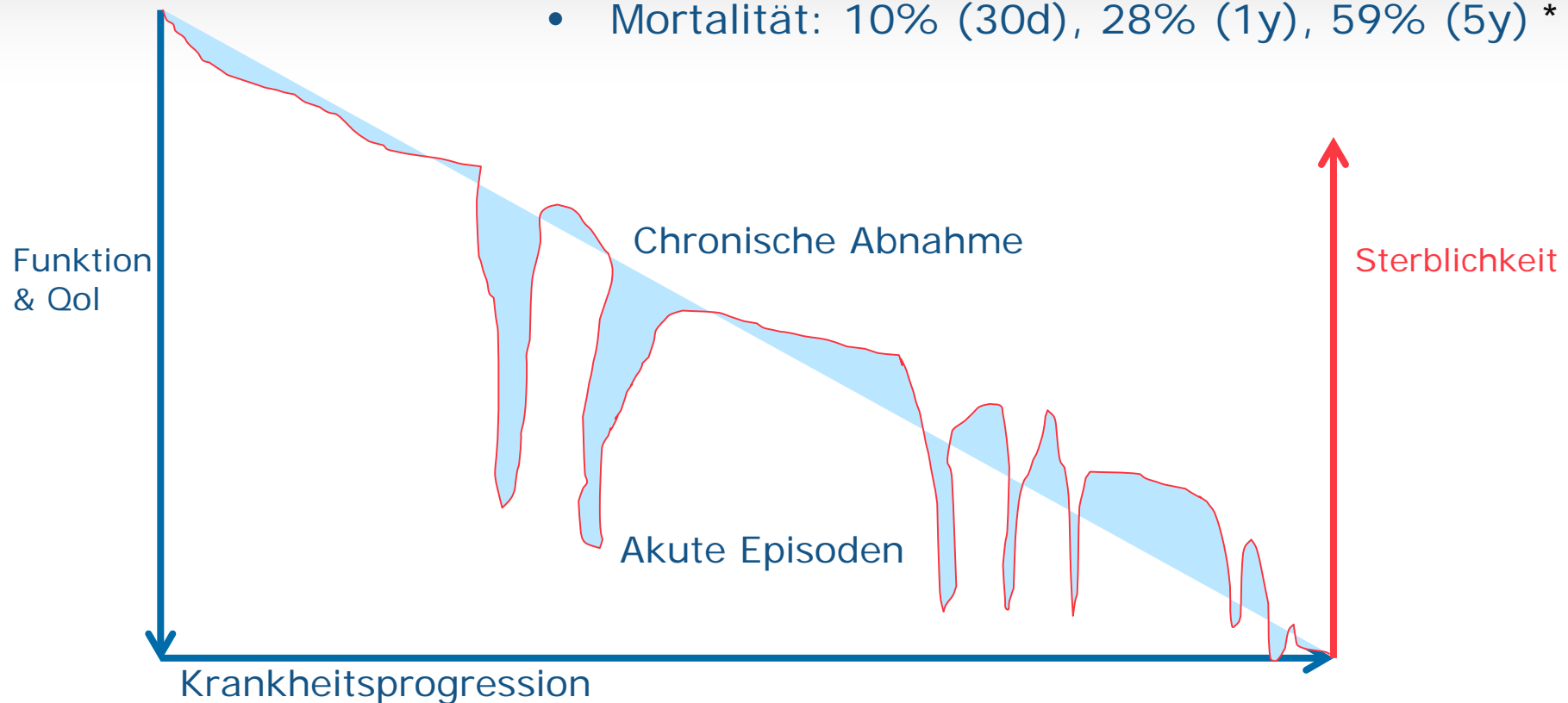
FORSCHUNGSFORUM

Freiburg, 07.09.2017

- **76 jährige Patientin**
 - Lebt alleine, 1 erwachsener Sohn
 - Dekompensation der Herzinsuffizienz
 - Diätfehler, übermässiger Salzkonsum, medikamentöse Unterbehandlung
 - BPCO VI Gold
 - Hospitalisation, klinische Behandlung, Anpassung der Diuretika
- **78 jähriger Patient**
 - Lebt mit Ehefrau
 - Dekompensation der Herzinsuffizienz
 - Übermässiger Salzkonsum «Fondue»
 - DM, Niereninsuffizienz, St. n. 2 MI
 - Hospitalisation, klinische Behandlung, Edukation

CHRONISCH PROGREDIENTE ERKRANKUNG MIT HOHER MORBIDITÄT UND MORTALITÄT

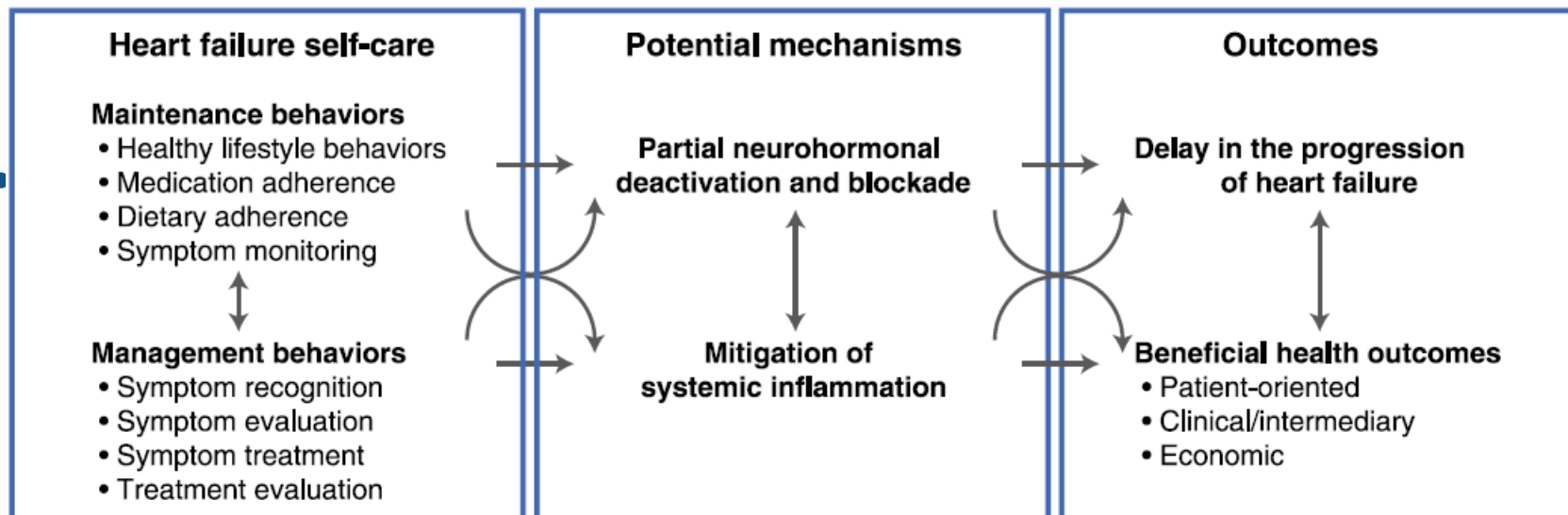
- Prävalenz: 1-2%, 10% > 85 ans
- ↑ Rehospitalisationen innerhalb 30 Tage
- Mortalität: 10% (30d), 28% (1y), 59% (5y) *





SELBSTPFLEGE - HYPOTHESEN

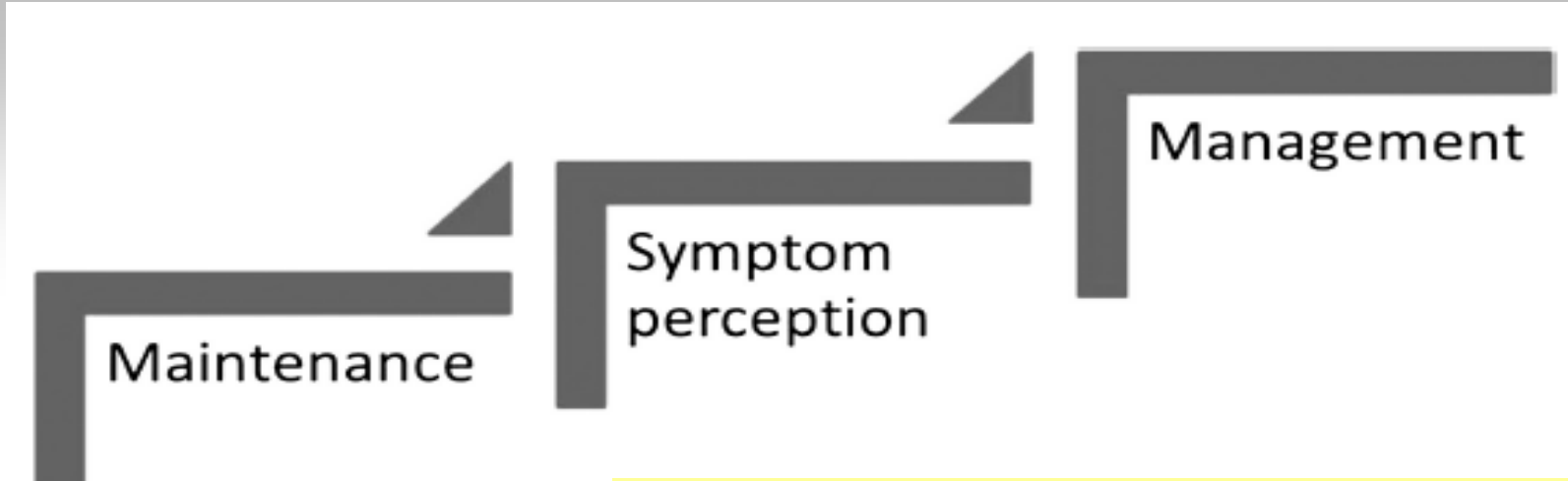
- Selbstpflege ist komplementär zur pharmakologischen Behandlung
- Selbstpflege ist kardioprotektiv und verlangsamt die Krankheitsprogression
- Gute Selbstpflege kann etwa die Hälfte von negativen Outcomes verhindern



*Mit Selbstpflege ist das Vorgehen gemeint,
mittels gesundheitsfördernden Massnahmen
die Gesundheit aufrechtzuerhalten und mit
Krankheit umzugehen*



ENTSCHEIDUNGEN FÄLLEN, ERFAHRUNG



Medikamente nehmen, Wiegen, körperlich aktiv sein, Flüssigkeitseinschränkung, Infektionen vermeiden, salz arm ernähren, u.a.



Körperliche Veränderungen wahrnehmen, erkennen; geeignete Massnahmen ergreifen; Nutzen der ergriffenen Massnahmen evaluieren





SELBSTPFLEGE MESSEN: FRAGEBOGEN

- Die Europäische Skala zur Selbstpflege bei Herzinsuffizienz (European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale, EHFSaBS)
 - Adhärenz zum Regime, Hilfesuchen, Anpassung
 - 12-items, 9-items; ich stimme vollständig zu (1) bis ich stimme überhaupt nicht zu (5)
 - E, D, F, u.a.
- Skala zur Selbstpflege bei Herzinsuffizienz (Self-Care of Heart Failure Index, SCHFI)
 - Aufrechterhaltung der Stabilität, Management von Symptomen, Zutrauen in die Selbstpflege
 - 22-items; nie/selten (1) bis immer/täglich (5); nicht wahrscheinlich (1) bis sehr wahrscheinlich (5); nicht sicher (1) bis sehr sicher (5); nicht zuversichtlich (1) bis äusserst zuversichtlich (5)
 - E, D, F, u.a.
 - Cut-off: ≥ 70 adäquate Selbstpflege, klin. bedeutsame Veränderung: $> 1/2$ SD

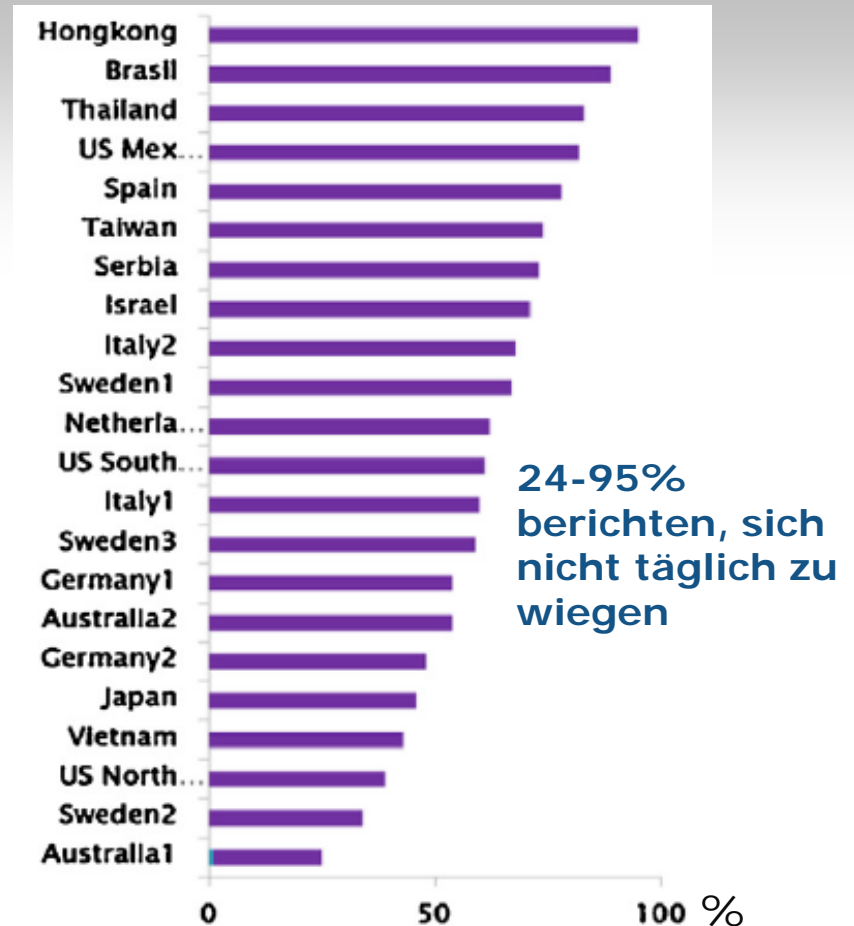
EHFSaBS: see, Sedlar et al Pat Educ Couns 2017, Köberich et al 2012; SCHFI: Riegel et al 2009; Lee et al 2011

TIEFE SELBSTPFLEGE INTERNATIONALER KONTEXT (N=5'964)

Aufrechterhaltung der Stabilität:

Tiefe Selbstpflege

- ↓ **Wiegen:** 24-95% (D: 51%)
- ↓ **Körperliche Aktivität:** Me 54% (36-90%; D: 36%)
- ↓ **Salz arme Ernährung:** Me 40% (18-91%; D: 59%)
- Grippeimpfung: Me 38% (16-75%, D: 35%)
- Medikamenteneinnahme: Me 7% (D: 5%)



Definition tiefe Selbstpflege: Antworten EHFS CBS 3-5 (wobei 5=ich stimme überhaupt nicht zu); SCHFI: 1,2, wobei 1=nie oder selten)

WENIGE PATIENTEN ERGREIFEN MASSNAHMEN BEI KÖRPERLICHEN VERÄNDERUNGEN

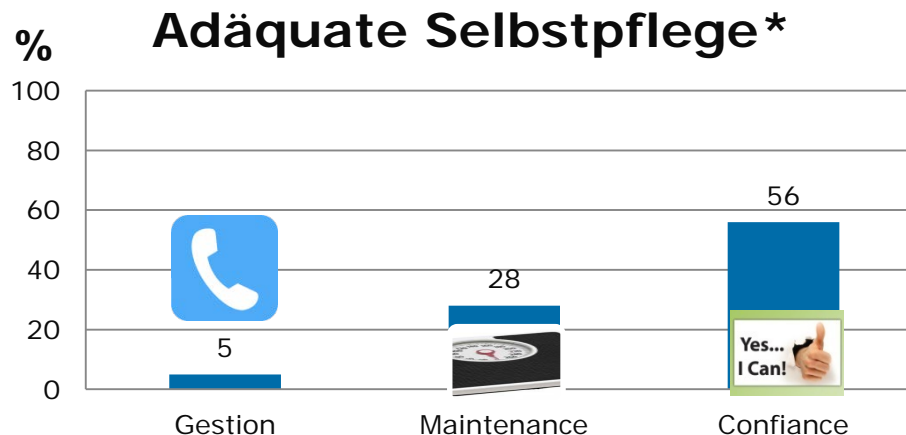
NATIONALER KONTEXT (N=227, SCHFI)

94% hatten «Mühe beim Atmen» oder «geschwollene Fussknöchel»

- 54 % berichteten, nicht erkannt zu haben, dass es sich hierbei um Symptome der HI handelt
- 65% haben nichts unternommen

Zutrauen in eigene Selbstpflege

- 95% sind äusserst zuversichtlich, dass sie Behandlungsratschläge befolgen können
- 83% sind zuversichtlich, dass sie etwas tun können, um ihre Symptome zu lindern



*Cut-off: ≥ 70

Selbstpflege Management bei Dyspnoe oder Ödemen

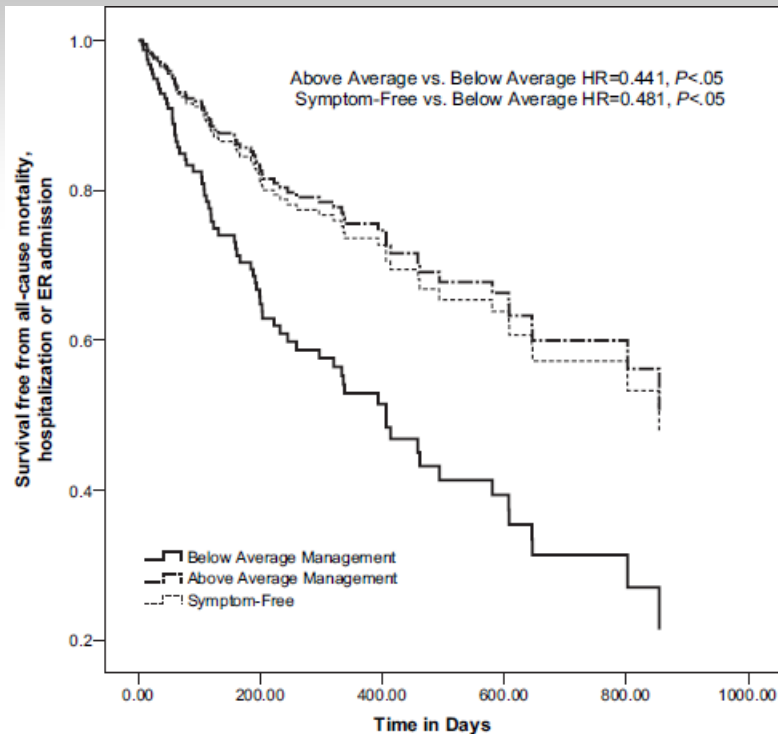
- 37% nicht wahrscheinlich, dass sie ihren Arzt für Beratung anrufen
- 67% nicht wahrscheinlich, Flüssigkeitsaufnahme zu reduzieren

Aufrechterhaltung der Stabilität

- 44% wiegen sich nie oder selten
- 2% nehmen Medikamente nicht wie verordnet ein

SELBSTPFLEGE & EVENT-FREIER SURVIVAL

N=195, BEOBACHTUNG 364 TAGE, 91 EVENTS, SCHFI



- Personen mit mittlerer bis besserer Selbstpflege hatten ein tieferes Event Risiko (HR, .441; 95% CI, .222 to .877; $p < .05$) im Vergleich zu Personen mit mittlerer bis tieferer Selbstpflege.
- Personen mit mittlerer bis besserer Selbstpflege hatten ein Event Risiko das vergleichbar war mit Symptom-freien Personen (HR, .481; 95% CI, .238 to .971; $p < .05$).
- Der Effekt von Selbstpflege auf das Event Risiko war vergleichbar gross wie der Effekt von Betablockern (HR, .346; 95% CI, .187 to .641).

Jüngeres Alter, β -adrenergic blocker,
↓ depressive Symptomatik, bessere funktionale Kapazität

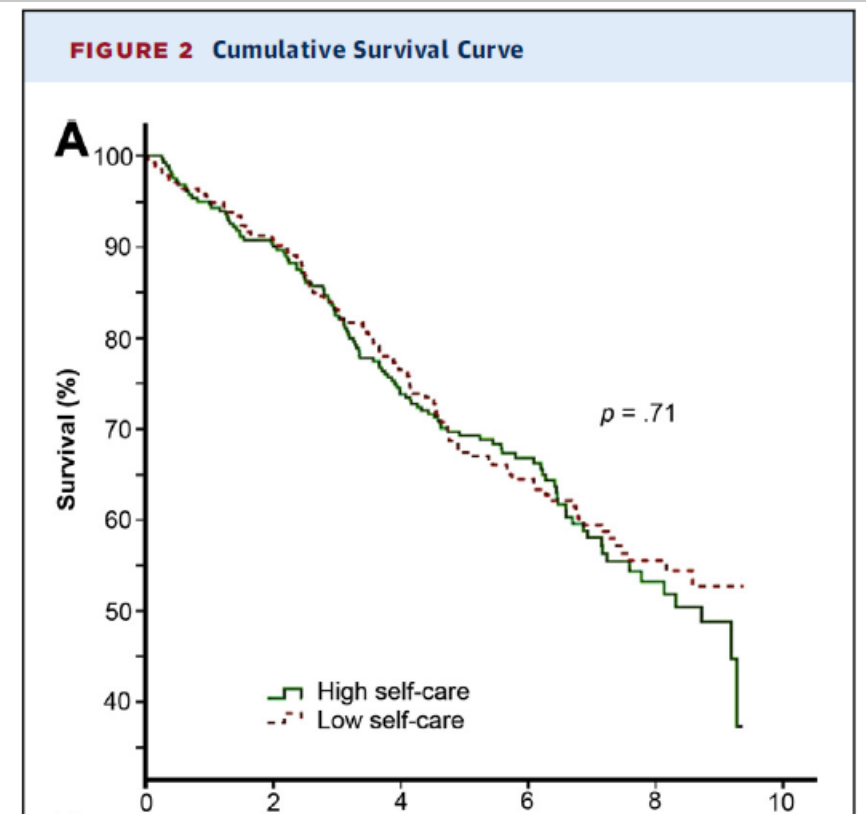
N=195; FU, 364d; men 64.6%; age: 61.3a; 60.1% NYHA III-IV; LVEF: 34.7%; SCHFI; Events: 91 (4 Mortalität, 82 Hospitalisationen, 5 Notfalleintritte)

Lee CS et al 2011 Heart & Lung, 40(1), 12-20, p. 16

SELBSTPFLEGE & MORTALITÄT: KEIN ZUSAMMENHANG

N=559, 5.5 J BEOBACHTUNG, 221 TODESFÄLLE,

- Selbstpflege war kein Prädiktor für Mortalität
- Geschlecht (Männer), alleine lebend (fehlender Partner), NYHA III-IV, höhere Komorbidität, salz arme Ernährung (in post-hoc Analysen)



N=559; FU=5.5a; 78% men, age: 66.3a; NYHA III-IV: 32%; LVEF: 31.7; EHFScBS; deaths all-cause: 221

Kessing et al JACC:Heart Failure 2016;4176-183, p. 181

WAS BEEINFLUSST DIE SELBSTPFLEGE?

«RISIKOPROFIL»

- **Komorbidity:** Tiefe medikamentöse Adhärenz bei Polypharmazie, Symptomzuordnung schwierig, Div. Empfehlungen zur Ernährung
- **Depressive Symptomatik:** Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten
- **Kognitive Einschränkung:** Gedächtnis und Aufmerksamkeitseinschränkungen
- **Eingeschränkter funktioneller Status:** schwierig sich körperlich zu betätigen
- **Tiefe Gesundheitskompetenz:** Verstehen erschwert
- **Soziale Isolation:** fehlender sozialer u instrumenteller Support
- **Tiefer sozioökonomischer Status:** zögernde Inanspruchnahme des Gesundheitsdiensten
- **Schlafprobleme:** Tagesmüdigkeit
- **Schwierigkeiten in der Symptomwahrnehmung**

WAHRNEHMUNG PATIENTEN

QUALITATIVE META-ANALYSIS 3 MIXED METHODS STUDIES, N=99 PATIENTS

Self-Care in the context of a comorbid condition

Prioritization based upon attitudes & experience

**Multiple Providers
Lack of integrated information**

Self-Care Skill Deficit

- **Selbstpflege im Alltag ist schwierig**

- Salz arme Ernährung («no sugar, no fat, no salt ... what is left?»)
- Beobachtung von Symptomen («they [weight loss programm] tell you only get once on the scale»)
- und Differenzierung von Symptomen («When I get tired, I right away think it's my sugar...I never think it's my heart»)

- **Priorität: 1 Erkrankung**

- Selbstpflege ist einfach, schwer; wichtig, nicht wichtig

- **Fragmentierte Instruktionen**

- Durch verschiedene HCProvidern



WAHRNEHMUNG PATIENTEN

(N=49 QUALITATIVE STUDIES)

- Schlüsseleinschränkungen für Selbstpflege

Fehlende Kenntnisse zur Selbstpflege (was ist wichtig; Symptome und deren schädliche Auswirkungen auf das Herz), Unsicherheiten zum Verlauf der HI und die ernste Situation; (falsche) Verbindung von Symptomen mit Alter, Medikamente, andere Erkrankungen), schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, was zu verspäteter Suche von Hilfe beiträgt

- Schlüsselfaktor welche Selbstpflege beeinflusst:

Selbstpflege ist eingebettet in einen Kontext (Familie, Gesundheitsfachleute)

- Schlüsselkompetenzen

1. Selbstpflege in den üblichen Alltag integrieren
2. Subtile körperliche Veränderungen früh wahrnehmen können, sie (wieder und richtig) erkennen und mit adäquaten Massnahmen reagieren
3. (Pfleger) Angehörige haben Kenntnisse zur Selbstpflege und unterstützten diese

Clark et al. Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients'and caregivers' perceptions. Heart 2014; 100: 716-721.

WAS VERBESSERT SELBSTPFLEGE?

- Gesundheitsprofis kennen die Relevanz von Selbstpflege in der HI und berücksichtigen diese in der multiprofessionellen Betreuung. ¹
- Die Gesundheitsprofis haben die Kenntnisse zu Selbstpflege, kennen die Ressourcen und empfehlen diese¹
 - ECS guidelines, AHA guidelines
 - Patienteninformation: http://www.heartfailurematters.org/de_DE
 - Schweizerische Herzstiftung (Broschüre, APP):
<https://www.swissheart.ch/angebote/information/broschueren.html>
- Patientenedukation mit Fokus auf Alltagstauglichkeit von Selbstpflege und Kompetenzen im Selbstpflegemanagement¹
- Strategien für Verhaltensänderung kennen, kognitive Verhaltenstherapie-Strategien anwenden (²Motivierende Gesprächsführung, Unterstützung der Selbstwirksamkeit, Rollenmodelle, Problemlösungsstrategien)

¹Moser et al Curr Cardiol Rep 2012; 14: 265-275; ²Masterson Creber et al Pat Ed & Couns 2016; 99: 256-264; Barnason et al J Clin Nursing 2012; 21:448-475.

WAS VERBESSERT SELBSTPFLEGE?

INTEGRATIVE REVIEW, N=19 STUDIEN, 3166 PATIENTEN

- Outcome: Selbstpflege Maintenance und Management; Patientenfaktoren: HI Wissen, Zutrauen in die eigenen Selbstpflegefähigkeiten, Glaubenssätze zu Selbstpflege
- Vorgehen: 1:1 Kontakt, Gruppenschulung, Edukative Sessions, Multimedien, Telehealth, Verstärkung via Telefon
- Dosis: 1x; 2-3x; tägl. telehealth Interaktion; periodisch (3-4m); Telefon 6m
- Inhalte: Traditionelle Patientenschulung plus kognitive Verhaltensstrategien f Selbstpflege Patientenfaktoren und Feedback zur Entscheidungsfindung, Nutzen v Selbstpflege sehen, Hindernisse überwinden, Selbstpflege Zielsetzung, positive Health Believes, Zutrauen, Empowerment, Sozialer Support, Rollenmodelle, Familiärer Support
- ↑ Höheres HF-Wissen
- ↑ Zutrauen in Selbstpflegefähigkeiten via Beratung & Peer Support
- ↑ Selbstpflege Maintenance und Management (13/19)

Barnason et al J Clin Nursing 2012; 21:448-475.

SELBSTPFLEGE SUPPORT: WELCHE KOMPONENTE IST DIE EFFEKTIVSTE? IPD META-ANALYSIS N=5624 PATIENTS; 20 TRIALS

- **Haupteffekte von Selbstpflege Interventionen**
 - Verbesserung der QoL (FU 6, 12m)
 - Reduktion von HI-Hospitalisation oder HI-Mortalität (time-to-event, 6m)
- **Effekte einzelner Interventions-Komponenten**
 - Längere Interventionsdauer -> positiver Effekt
 - Standardisierte Schulung der Pflegenden vorab der Verabreichung -> weniger positiver Effekt
 - Patienten schulen, Symptome zu überwachen -> weniger positiver Effekt
 - Patienten schulen, Ziele zu setzen -> weniger positiver Effekt
 - Patienten Peer Kontakte zu empfehlen -> weniger positiver Effekt
- **Effekte in Untergruppen**
 - Jüngere Patienten -> Reduktion LOS (12m)
 - Patienten mit depressiver Symptomatik -> negativer Effekt (Überleben)

HERAUSFORDERUNGEN IN DER ÜBLICHEN BETREUUNG VON PATIENTEN MIT HI

STÄRKEN

Technologie und Equipment, Versorgung von akuten Ereignissen, ärztliche Nachbetreuung

HINDERNISSE

Schwerpunkt der pflegerischen Arbeit auf ärztlich delegierten Handlungen, kaum Patientenschulung

HERAUSFORDERUNGEN

- Betreuung mit Ausrichtung auf Bedürfnisse von Patient und Familie
- Patientenschulung für Selbstpflege und Adhärenz
- Kontinuität der Betreuung und Information über verschiedene Phasen/Abschnitte im Krankheitsverlauf
- Entscheidungsfindung bei Zustandsverschlechterung in der häuslichen Pflege / Spitex.

VERMUTLICH ÄHNLICH AUCH ANDERSWO

Becker *et al.* *BMC Health Services Research* 2010, **10**:94
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/94>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital

SELBSTPFLEGE-SUPPORT IN DER BETREUUNG VON PATIENTEN MIT HI (PFLEGE)

In der Deutschschweiz:

- Nachdiplom Weiterbildung, HI Beraterin
- Pflegesprechstunden existieren: Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, Universitätsspital Zürich, Kantonsspitäler, ...
- ...

In der Romandie (Französisch-sprechenden Schweiz):

- Nachdiplomstudiengang CAS en soins de cardiologie : Hochschule für Gesundheit in Fribourg
- Pflegesprechstunde: Spital Freiburg (hfr) seit Sommer 2017, nachfolgend an die Ergebnisse unserer Beobachtungsstudie
- ...

In Deutschland? In Österreich?

Pflegesprechstunden : welches Setting? welcher Inhalt? welcher Ablauf? welche Evaluation?



SYNTHESE

- Progredienter Krankheitsverlauf. Ernste Situation.
- Selbstpflege gilt als wichtiger Teil der Betreuung
- Selbstpflege ist messbar, üblicherweise tief
- Patientenprofil und Selbstpflege (Risiko, Match)
- Ausgangslage: Individueller Bedarf.
- Edukation: Wissen. Erfahrungen & Bedeutung
- Empfehlungen: Relevanz für die individuelle Situation, Zuschneidern für den Alltag
- «Expert meets expert»
- Context matters: «Think family», «Think Health care System»
- Evaluieren Sie

CINACARD, Beobachtungsstudie Schäfer-Keller et al ist finanziert durch die Stiftung Pflegewissenschaft Schweiz



HES-Hochschule für Gesundheit Freiburg, Haute école de santé Fribourg, HEdS-FR

Petra Schäfer-Keller PhD Inf
Gabrielle Santos MScSI
Kris Denhaerynck PhD Inf
Marie-Elise Verga MScSI
Sylvie Baeriswyl Inf
Jean-Michel Rossier Inf
Fernando Santana MScSI
Stefanie Senn MScN
Alain Verdon MScSI

Freiburger Spital, Hôpital Fribourg (HFR)

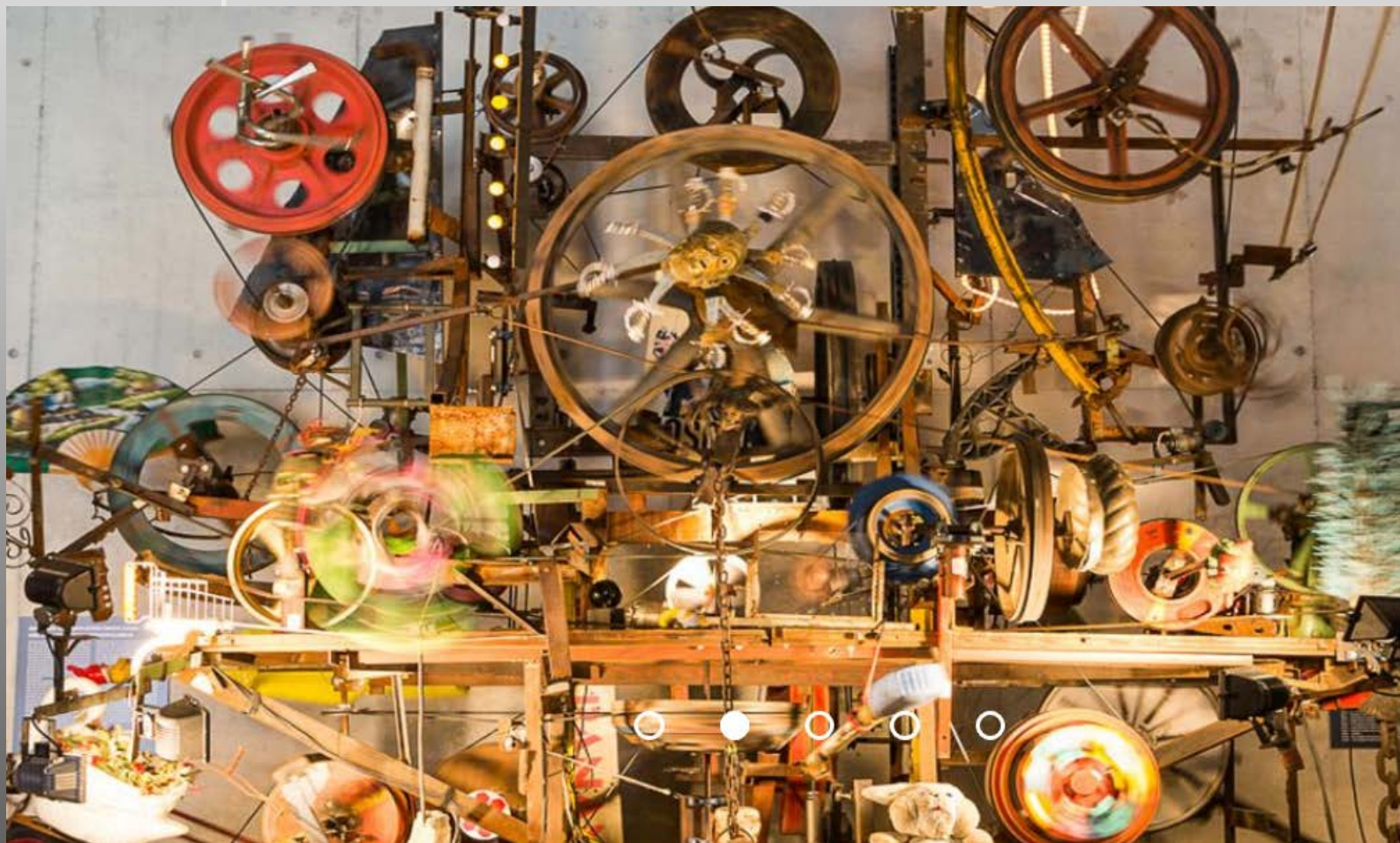
Frédérique Hériché Inf
Krystel Vasserot Inf

Docteur Denis Graf
Docteur Diego Arroyo
Docteur Antoine Ayer
Hélène Villeneuve Inf
Olivia Raccanello Inf
Sandra Pillonel Inf
Nathalie Aubort Inf
Doctoresse Margherita Vona

Internationalen Experten

Prof. Dr. Anna Strömberg, PhD RN
Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Sweden

Prof. Dr. David Richards, PhD RN
University of Exeter medical school, UK



Merci
de votre attention!



Haute école de santé Fribourg | Hochschule für Gesundheit Freiburg
Rte des Cliniques 15, 1700 Fribourg/Freiburg
Tél. 026 429 6000 | heds@hefr.ch
www.heds-fr.ch