

<sup>1</sup> Bereich Medizin, Universitätsspital Basel

<sup>2</sup> Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Zürich; Universität Basel

<sup>3</sup> Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel

<sup>4</sup> Institut für Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Cornelia Bläuer (HöFa II, MNS)<sup>1</sup>, Romy Mahrer-Imhof (PhD, RN)<sup>2,4</sup>, Hanspeter Brunner-La Rocca (MD)<sup>1</sup>, Christian Müller (MD)<sup>3</sup>, Germaine Eze (MHA)<sup>1</sup>, Irene Milbich<sup>1</sup> (HöFa 1, Pflegefachfrau HF), Rebecca Spirig (PhD, RN)<sup>2,3</sup>

# Entwicklung und Implementierung eines multidisziplinären pflegegeleiteten Programms zur stationären Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz: Das Basler HI-Programm

## ● Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?

*In verschiedenen Staaten haben sich pflegegeleitete Herzinsuffizienz-Edukationsprogramme als erfolgreich erwiesen.*

## ● Was ist neu?

*Ein multidisziplinäres pflegegeleitetes Programm wird im schweizerischen Kontext implementiert, welches ein stationäres Training der Selbstmanagementfähigkeiten beinhaltet.*

## ● Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?

*Das Basler Programm zeigt vielversprechende Resultate für eine Optimierung in der Patientenversorgung.*

Bei Patientinnen und Patienten mit einer Herzinsuffizienz (HI) handelt es sich um eine fragile Patientengruppe mit schlechter Prognose und häufigen Hospitalisationen. Verschiedene Forschungen zeigten, dass durch ambulante, multidisziplinäre Betreuungsprogramme Rehospitalisationen und Mortalität vermindert werden und die Lebensqualität verbessert werden konnte. Aus diesem Grund wurde am Universitätsspital Basel ein multidisziplinäres pflegegeleitetes Programm – das Basler HI-Programm – mittels eines Praxisentwicklungsprojekts nach den Prinzipien der Aktionsforschung entwickelt, implementiert und pilotewaluiert. Ziel dieses Artikels ist es, den langen und teilweise schwierigen Weg von der Programmentwicklung bis zum Ausweisen der Wirksamkeit aufzuzeigen. Die literaturgestützte Pro-

grammentwicklung und Implementierung wurde von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus Pflegenden und zwei Ärzten, unter der Leitung einer Advanced-Practice-Nurse-Studentin durchgeführt. Entwickelt wurden sowohl ein Patientenpfad als auch Leitlinien, welche die Inhalte von Beratung und Trainingsprogramm, sowie die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen im multidisziplinären Team regeln.

Für Betroffene besteht heute ein individuelles Beratungs- und Trainingsprogramm mit entsprechendem Informations- und Dokumentationsmaterial. Die Patientenaustritte werden frühzeitig und strukturiert geplant und die Betroffenen erhalten individuelle Empfehlungen für zuhause. Für die Pflegenden stellte die Implementierung eine neue Herausforderung von strukturierter Beratung im hektischen Alltag dar, was ein kontinuierliches Coaching erforderte.

## Einleitung

In der Schweiz leiden rund 150 000 Personen an Herzinsuffizienz (HI) (Lerch, Noll & Rutishauser, 2003). Es handelt sich dabei um ein Syndrom mit klinischen Merkmalen wie Atemnot, Fatigue, Müdigkeit und Beinödemen. Typische Zeichen der HI sind Tachykardie, Tachypnoe, pulmonare Rasselgeräusche, Plauraerguss, erhöhter jugular-venöser Druck, periphere Ödeme und Hepatomegalie. Objektive Zeichen von strukturellen und funktionalen Veränderungen sind: Kardiomegalie, ein dritter Herzton, Herzgeräusche, Abnormalitäten der Herzchokardiographie und einer Erhöhung der Brain-Natriuretic-Peptide-Konzentration (Dickstein, Cohen-Solal, Filippatos, McMurray, Ponikowski, Poole-Wilson, et al., 2008). Der medizinische Fortschritt und moderne Behandlungsmethoden haben in den vergangenen Jahrzehnten zu verbesserten Überlebenschancen und einer deutlich höheren Lebenserwartung von Menschen nach einem Myokardinfarkt und anderen Herz-Kreislauf-Erkrankungen geführt. Viele der Betroffenen entwickeln langfristig eine HI. Entsprechend ist das Vorkommen der HI in den Industrieländern steigend und wird sich gemäß Schätzungen in den nächsten 20 Jahren sogar verdoppeln (Lerch, 2003). Das Risiko, an einer HI zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Daraus resultieren erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem. In westlichen Ländern schätzt man, dass HI für 2% der gesamten Kosten im Gesundheitswesen verantwortlich ist (Brunner-La Rocca, 2007).

Trotz des medizinischen Fortschritts ist die Prognose der HI schlecht. Die Fünf-Jahresmortalität liegt über 50 % (Kannel, 2000). Dekompensationen oder durch HI bedingte Folgeerkrankungen führen zudem zu häufigen Hospitalisationen. Abhängig vom Alter des Patienten und dem Fortschreiten der HI müssen 10 bis 50 % der Betroffenen innerhalb drei bis sechs Monaten nach der ersten Spitalentlassung rehospitalisiert werden (Gonseth, Guallar-Castillon, Banegas & Rodriguez-Artalejo, 2004). Es handelt sich demnach um eine sehr vulnerable Patientenpopulation, die zudem in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt ist und oft «ein Leben auf Sparflamme» führt.

Neben der medikamentösen Therapie liegt der Schlüssel zum Erfolg in der Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten (Koelling, Johnson, Cody & Aaronson, 2005; Strömberg, Martensson, Fridlund, Levin, Karlsson & Dahlstrom, 2003). Selbstmanagementfähigkeiten beinhalten das Wissen und die Fähigkeiten der Betroffenen, ihre Gesundheitsprobleme zu erkennen und Problemlösungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen – mit dem Ziel, ihren Alltag möglichst autonom bewältigen zu können (Lorig & Holman, 2003). Um die notwendigen Selbstmanagementfähigkeiten zu entwickeln, benötigen Betroffene Kenntnisse über die Krankheit, Symptome und über das eigene Verhalten (Warschburger, 2003). Das Erlernen von Selbstmanagementfähigkeiten ist ein wichtiger Bestandteil der HI-Behandlung. Multidisziplinäre Betreuungsprogramme mit Patientenschulung und -beratung haben sich als wirkungsvoll erwiesen (Roccaforte, Demers, Baldassarre, Teo & Yusuf, 2005). HI-Patienten, die an multidisziplinären pflegegeleiteten Schulungs- und Beratungsprogrammen teilnahmen, zeigten eine bessere Lebensqualität, weniger Rehospitalisationen, ein

besseres Selbstmanagementverhalten und eine höhere Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme (Strömberg, Dahlström & Fridlund, 2006; Jaarsma, Halfens & Abu Saad, 1996; Jaarsma, Abu Saad, Dracup & Halfens, 2000; Roccaforte et al., 2005; Stewart & Horowitz, 2002). Durch ein proaktives Selbstmanagement der Patienten konnten Harrision, Browne, Roberts, Tugwell, Gafni und Graham (2002) die Rehospitalisationsrate nach Spitalentlassung um 17 % verringern. Wright, Walsh, Ingle, Muncaster, Gamble, Pearl, Whalley, Sharpe und Doughty (2003) zeigen, dass Patienten, die regelmäßig ihr Gewicht kontrollierten und den Verlauf dokumentierten, eine niedrigere Mortalitätsrate hatten und die Zeitspanne bis zur nächsten Hospitalisation um 50 % verlängert werden konnte. Eine verbesserte und gezielte Austrittsplanung gemeinsam mit den Betroffenen führte zu einer Erhöhung der Lebensqualität und es musste seltener medizinische Notfallhilfe in Anspruch genommen werden (Harrison et al., 2002).

Die meisten der bis ins Jahr 2007 beschriebenen Programme sind als Schulung, Beratung, sowie als Nachfolgeuntersuchungen im ambulanten Bereich nach einer Hospitalisation konzipiert worden. Es gibt wenige Resultate zur Wirkung von stationären Programmen und wenn, handelt es sich um einmalige Schulungen (Harrison et al., 2002). Eine Studie von Koelling et al. (2005) zeigt, dass ein einstündiges Schulungsprogramm vor Austritt die Selbstmanagementfähigkeiten steigerte, die Hospitalisationsdauer verkürzte und die Zeit bis zur nächsten Hospitalisation verlängerte.

Trotz des Wissens um den Nutzen solcher Programme für HI-Patienten, werden diese in der Praxis nur ungenügend umgesetzt. Dies zeigte auch eine Erhebung im Jahre 2006 auf einer medizinischen Station des Universitätsspitals

Basels (USB) mittels Messung der Patientenzufriedenheit (Qualitätsmanagement USB und PICKER Institut®, 2005) und einer SWOT<sup>1</sup>-Analyse (Milbich, 2006). Die Resultate wiesen eine ungenügende Austrittsplanung und Vorbereitung der Patientinnen und Patienten auf zuhause nach. Als Konsequenz beschloss die Leitung des medizinischen Bereichs, diese Lücken durch ein multidisziplinäres Projekt zu schließen. Zudem gab es in der Literatur bis zu diesem Zeitpunkt keine Studie, welche die Auswirkungen von Beratung und Training von Selbstmanagementfähigkeiten verteilt auf die gesamte Hospitalisationszeit beschrieb. Aus diesem Grund sollte die Einführung eines stationären Betreuungsprogramms mithilfe einer Pilotevaluation überprüft werden.

### Zielsetzungen und Fragestellungen

Mit dieser Arbeit soll

- das systematische Vorgehen bei der Praxisänderung aufgezeigt werden
- das stationäre multidisziplinäre Programm – das Basler HI-Programm – beschrieben werden
- eine erste Evaluation der Praxisänderung dargestellt werden, welche die folgenden Fragestellungen beantworten soll:
  - Welche Merkmale weisen die Patienten und Patientinnen auf, welche die Beratungen in Anspruch nehmen?
  - Werden die Programminhalte gemäß den Vorgaben umgesetzt?
  - Ist der Beratungsprozess in den Dokumentationen abgebildet und entsprechen die Inhalte den Empfehlungen in der Literatur?
  - Führt die Praxisänderung zu einer Wissenserweiterung bei den Pflegenden in Bezug auf den Selbstmanagementbedarf und die Symp-

<sup>1</sup> SWOT: Strength-Weakness-Opportunities-Threats (Stärken-Schwächen-Chancen-Risiken-Profil)

tomkontrollen von Patienten und ihren Angehörigen?

- Sind die Patientinnen und Patienten mit den Beratungen zufrieden?
- Entsprechen Inhalt und Intensität des Programms den Patientenbedürfnissen?

Die Resultate der beiden Fragestellungen auf Patientenebene werden in dieser Arbeit nicht beschrieben. Die Veröffentlichung eines entsprechenden Artikels ist zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

## Methoden

Das Basler HI-Programm wurde mittels eines Praxisentwicklungsprojekts erarbeitet.

Als geeignete Methode wurden die Prinzipien der Aktionsforschung gewählt (Stringer, 2004). Es handelt sich dabei um einen Prozess, der die systematische Initiierung und Evaluation einer Praxisänderung ermöglicht. Charakteristisch dafür ist der fortlaufende Prozess als eine Folge von Zyklen mit Planung, Umsetzung, Evaluation und Anpassung unter Einbezug des Kontextes der Praxis, des multidisziplinären Teams und der Betroffenen. Ziele für diese Methodenwahl waren eine Verbesserung der Patientenbetreuung und eine Wissenserweiterung des multidisziplinären Teams. Beim prozesshaften Vorgehen wird in der Aktionsforschung auf die Resultate des vorangegangenen Zyklus aufgebaut. Deshalb sind im Methodenteil bereits erste Resultate aufgeführt, welche die Grundlagen für die Programmentwicklung darstellten. In unserem Projekt wurden die folgenden Schritte vollzogen:

- Analyse der bestehenden Praxis
- Zusammenführung der Erkenntnisse aus Literatur und Praxis in das Basler HI-Programm

- Vorbereitung der Praxisänderung
- Durchführung der Praxisänderung
- Pilotevaluation der Anwendbarkeit des Programms

### *Analyse der bestehenden Praxis*

Die Analyse wurde mittels einer Personalbefragung zu den Abläufen, Prozessen und dem Wissen der Pflegenden über HI durchgeführt. Zusätzlich wurden regelmäßige Fallbesprechungen über Patientinnen und Patienten mit HI initiiert, wodurch Lücken in deren Betreuung aufgedeckt wurden. Die Befragung der Pflegenden zeigte ein sehr heterogenes Bild des Wissens in Bezug auf den Schulungsbedarf von Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten mit HI. Es gab Pflegende mit einem sehr guten Wissen zu den Selbstmanagementfähigkeiten. Andere wiederum konnten keine Inhalte dazu benennen. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten beschränkte sich auf diagnostische Maßnahmen und die medikamentöse Behandlung. Die Selbstmanagementfähigkeiten wurden während der Hospitalisation nicht geschult. Die Analyse von Abläufen und Prozessen zeigte, dass die multidisziplinäre Zusammenarbeit wenig strukturiert war und dass oft nicht klar war, wer wofür zuständig war. Bei der Analyse der Fallbesprechungen wurde festgestellt, dass die Patientinnen und Patienten wenig gezielt auf zuhause vorbereitet wurden und die Austrittsplanungen sehr spät und ungenügend durchgeführt wurden. Patientinnen, Patienten und ihre Angehörigen erhielten keine strukturierten Informationen zum Selbstmanagement und den Symptomkontrollen.

### *Zusammenführung der Erkenntnisse aus Literatur und Praxis in das Basler HI-Programms*

Zum Projektstart 2007 wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Cochrane, Cinahl und

Medline durchgeführt. Gesucht wurde nach pflegerischen Schulungs- und Beratungsprogrammen und Schulungstechniken mit Begriffen wie «heart failure», «self management», «self care», «education» und einer anschließenden Handsuche. Die Resultate zeigten verschiedene Arten von Patientenschulungen wie einmalige Schulungen vor oder nach Austritt, sowie telefonische Schulungen oder gemischte Interventionen. Die Programminhalte und Schulungsmethoden waren jedoch nie detailliert beschrieben. Aus diesem Grund entschieden wir als Autorenteam, uns inhaltlich an den europäischen Richtlinien (Remme & Swedberg, 2002) und den schweizerischen Empfehlungen zur vernetzten Betreuung (Buser, Brunner-La Rocca, Leventhal, Mahrer, Mohacsi, Nuesch, Périat, Seydoux, Stöhr, Zürcher, 2006) zu orientieren. Für das Vorgehen bei der Patientenschulung setzten wir Konzepte zu Verhaltensänderungen ein, welche im Rahmen der durchgeführten Programmentwicklung im Resultatteil beschrieben sind. Die Resultate wurden ergänzt durch die Expertise von Pflegenden mit einem vertieften Fachwissen auf den Gebieten der HI und Patientenschulung. Bei fachspezifischen Fragestellungen und zur multidisziplinären Vernetzung arbeiteten eine Physiotherapeutin und eine Ernährungsberaterin HF mit.

Das Programm wurde von einer Projektgruppe erarbeitet, bestehend aus fünf interessierten Pflegefachfrauen, die bereit waren, ihr Wissen auf dem Gebiet HI zu vertiefen, einem Assistenzarzt und einem Oberarzt unter der Leitung der Erstautorin, die damals Advanced-Practice-Nurse-Studentin war und die Projektleitung inne hatte. Die Projektgruppe wurde unterstützt durch eine Steuergruppe, die aus Spezialistinnen und Spezialisten aus dem Feld der HI sowie aus dem Chronischkrankheitsmanagement aus dem USB,

### Programminhalte

#### *Prozesssteuerung*

Abläufe, Inhalte, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind in einem Patientenpfad und in Leitlinien für das multidisziplinäre Team verbindlich geregelt. Dadurch wird gewährleistet, dass die Patienten die erforderlichen Informationen für zuhause erhalten. Angehörige werden bereits zu Beginn der Hospitalisation aktiv in den Betreuungsprozess integriert. Bedürfnisse und Erfahrungen der Betroffenen werden systematisch in die Betreuung einbezogen.

#### *Patientenberatung und Training von Selbstmanagementfähigkeiten*

Die Inhalte beziehen sich auf folgende Themengebiete: medikamentöse Behandlung, Krankheitsverständnis und Behandlung, Salz- und Flüssigkeitseinfuhr, Alarmsignale und Notfallszenario, Risikofaktoren, Toxine, psychosoziale Probleme und körperliche Belastung.

Die Lerninhalte wurden strukturiert und soweit wie möglich standardisiert. Die Planung erfolgt bei jedem Patienten individuell nach den Kriterien:

- Vorwissen
- kognitiven Fähigkeiten
- vorhandene sozialer Unterstützung
- Patientenbedürfnisse und
- individuelle Zielsetzungen.

Im Verlauf der Hospitalisation werden zwei bis drei Beratungssequenzen durchgeführt. Zusätzlich trainieren die Patienten das Erkennen und Einschätzen ihrer Symptome, die Gewichtskontrolle, das Medikamentenrichten und das Führen eines Tagebuchs über Symptome und Vitalzeichen. Jeder Patient erhält Informationsmaterial zu Krankheit, Therapie, Ernährung, Symptome und Selbstmanagement.

#### *Austrittsplanung*

Im Rahmen der ersten Beratungssequenz findet bereits eine erste strukturierte, auf jeden Patienten individuell abgestimmte Austrittsplanung statt. Beim Austritt erhält jeder Patient individuelle schriftliche Empfehlungen zu Trinkmenge, Zeichen einer Verschlechterung und Gewichtsveränderungen für zuhause.

### Abbildung 1

welche auch Mitautorinnen und Mitautoren dieses Artikels sind, bestand. Diese Gruppe hatte die Aufgabe, die Programminhalte kritisch zu diskutieren, die Projektgruppe zu überwachen und bei Entscheidungen zu unterstützen.

#### *Planung und Vorbereitung der Praxisänderung*

Da die Projektgruppe für die Implementierung des Programms verantwortlich war, war ein intensives Training der Gruppe notwendig. Die Gruppenmitglieder erhielten eine

zweitägige Schulung zu den Themen chronische Krankheiten, Pathophysiologie der HI, *state of the art* der medikamentösen HI-Behandlung, Risikoverminderung durch Selbstmonitoring und Lebensstiländerungen, sowie Patientenschulung und -beratung. Zusätzlich führten sie erste Patientenberatungen durch, wobei sie von der Projektleitung und einer Fachberaterin trainiert wurden. Die Beratungen wurden in Form von Fallbesprechungen evaluiert. Zusätzlich wurden Vorgehen und Inhalte fortlaufend mit Patientinnen und Patienten reflektiert und

Anpassungen am Programm vorgenommen.

Bevor die Praxisänderung im Juli 2007 startete, erhielten alle dreißig Pflegenden der Projektabteilung eine eintägige Schulung mit dem Ziel einer Wissenserweiterung auf dem Gebiet der HI. Weitere Themen waren der Beratungsbedarf von betroffenen Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie das Training zur Anleitung der Patienten zum Entwickeln von Selbstmanagementfähigkeiten und der Ausübung von Symptomkontrollen, wie zum Beispiel der Gewichtskontrolle.

Den Ärztinnen und Ärzten des Bereichs Medizin wurden die Inhalte einer vernetzten Betreuung bei HI (Buser et al., 2006) und das neu erstellte Basler HI-Programm im Rahmen einer obligatorischen Weiterbildung vorgestellt. Die Schulungen der Pflegenden wurden fortlaufend evaluiert und die Inhalte den Bedürfnissen der Pflegenden angepasst.

#### **Durchführung der Praxisänderung**

Die Beratungssequenzen mit den Patientinnen und Patienten wurden von den Pflegenden der Projektgruppe durchgeführt. Die anderen Pflegefachpersonen der Abteilung unterstützten die Projektgruppe, indem sie Patientinnen und Patienten beim täglichen Training von Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen sowie der Gewichtskontrolle, dem Führen des Tagebuchs zu den Symptomkontrollen und dem Bereitstellen der Medikamente anleiteten. Die Projektgruppenmitglieder reflektierten ihre Erfahrungen in regelmäßigen Abständen in der Projektgruppe mit dem Ziel der Praxisoptimierung. Zusätzlich wurden Fallbesprechungen gemeinsam mit dem Team durchgeführt.

#### **Pilotevaluation der Anwendbarkeit des Programms**

Eine erste Pilotevaluation wurde nach vier Monaten in Form einer Querschnittstudie durch die Projektleitung vorgenommen. Untersucht wurde, ob die Programminhalte korrekt umgesetzt und der Beratungsprozess in den Pflegedokumentationen abgebildet waren. Zusätzlich wurden die Pflegenden mittels eines selbstentwickelten anonymen Fragebogens nach ihrem Wissen zu den Inhalten und den Abläufen des Beratungsprogramms, zum Beratungsbedarf von Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen sowie dem Training von Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen befragt.

#### **Datensammlung**

Die Projektleiterin führte eine Analyse aller Patientendokumentationen sämtlicher Patientinnen und Patienten durch, welche das Programm in den ersten vier Monaten durchlaufen hatten. Gegenstand der Untersuchung waren die korrekte Umsetzung der Programminhalte und die vollständige Abbildung des Beratungsprozesses. Als Kriterien dazu dienten die Einhaltung des Patientenpfades und der Leitlinien. Anhand des strukturierten Fragebogens wurden die Pflegenden befragt. Erhoben wurde, ob den Pflegenden die Inhalte des Patientenpfades und der Leitlinie bekannt waren, wie die Umsetzung funktionierte und welche Veränderungen im Pfl egeteam und bei den Patientinnen und Patienten zu beobachten waren. Erfragt wurde zudem das Wissen zu Selbstmanagementfähigkeiten bei HI. Die Patientenbefragung für die Evaluation auf Patientenebene wurde zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

#### **Datenanalyse**

Die Daten der Dokumentenanalyse wurden mittels SPSS Version 15.0 ausgewertet. Mithilfe der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeiten, Mediane sowie Spannweiten analysiert und verglichen da die Daten nicht normal verteilt waren.

#### **Ethische Aspekte**

Da in diesem Projektschritt ausschließlich auf Institutionsebene evaluiert wurde, wurde nach Rücksprache mit der Ethikkommission Beider Basel kein Antrag eingereicht.

#### **Resultate**

Das Basler HI-Programm setzt sich aus dem Beratungskonzept für Patientinnen und Patienten, dem Training von Selbstmanagementfähigkeiten und

Symptomkontrollen, der Dokumentation und Informationsmaterial zusammen. Den Rahmen für Inhalte und Abläufe bilden ein Patientenpfad und Leitlinien. In das Programm aufgenommen wurden alle Patientinnen und Patienten, bei denen im Zeitraum von Juli 2007 bis Oktober 2007 die Diagnose chronische Herzinsuffizienz, gemäß den europäischen Richtlinien (Remme & Swedberg, 2002) gestellt wurde und die auf der Pilotstation hospitalisiert waren.

#### **Beratungskonzept**

Die eigentliche Patientenberatung bestand aus ein bis drei Beratungssequenzen von jeweils 15 bis 35 Minuten mit den Inhalten der Wissensüberprüfung, der Planung der weiteren Beratungsinhalte, der Wissensvermittlung, der Erstellung und Überprüfung der Aktionspläne, der Austrittsplanung sowie dem Training von Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen. Die Inhalte der Patientenberatungen orientierten sich am Stufenschema des schweizerischen Minimalstandards (Buser et al., 2006), welches sehr umfangreich ist. Um die Patientinnen und Patienten nicht zu überfordern, beschränkten wir uns deshalb bei den Beratungen oftmals auf einzelne Teile. Es wurden Minimalziele festgelegt, die jeder Patient bis zum Austritt erreichen sollte. Dabei handelte es sich um das Wissen zur Krankheit, zu Alarmsymptomen, zum Notfallszenario, zum Durchführen der täglichen Gewichtskontrolle und zur Gewährleistung der täglichen Medikamenteneinnahme nach Austritt. Um die Beratungen nach den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten, wurde das Kartensystem von Luniewski, Reigle und White (1999) adaptiert (Tabelle 2). Beratungsinhalte wurden gemäß den Empfehlungen von Buser et al. (2006) übernommen. Für jedes Beratungsthema wurde eine Kar-

Tabelle 2: Kartensystem für die Schulung

Card sort assessment tool von Luniewski (1999) Übersetzung aus der original Quelle	adaptiertes Kartensystem Ergänzungen zu den einzelnen Themen im Rahmen des Programms
Was sind Nebenwirkungen meiner Medikamente?	Welche Nebenwirkungen haben meine Medikamente?
Warum muss ich meine Medikamente einnehmen?	Was muss ich über meine Medikamente wissen? Warum nehme ich sie ein? Was nehme ich ein? Wie nehme ich sie ein? Was ist bei der Einnahme zu beachten?
Ich möchte wissen, wenn ich meinen Arzt anrufen soll?	
Kann ich ohne Risiko sexuell aktiv sein?	
Muss ich meine Ernährung ändern?	Warum muss ich auf die Salzmenge achten? Wie viel Salz darf ich essen?  Warum muss ich auf die Trinkmenge achten? Wie viel darf ich pro Tag trinken?
Wann sollte ich ein Trainingsprogramm anfangen und welche Übungen sollte ich durchführen?	Wie stark darf ich mich belasten? Darf ich wandern, joggen, Rad fahren?
Was stimmt mit meinem Herzen nicht?	Was stimmt mit meinem Herzen nicht? Was ist eine Herzinsuffizienz? Was sind die Ursachen dafür?  Welche Untersuchungen werden durchgeführt? Was für Beschwerden habe ich?
Wie erkenne ich, ob sich meine Herzkrankheit verschlechtert?	Bei welchen Beschwerden muss ich mich beim Arzt melden?
Was sind meine Risikofaktoren und welche kann ich verändern?	Was sollte ich unterlassen? Wo vor kann ich mich schützen?
Was sollte meine Familie wissen?	
Wie wird die Entwicklung meiner Erkrankung sein?	Warum muss ich täglich das Gewicht kontrollieren? Wie sollte der Gewichtsverlauf sein?

te mit einem Bild und möglichen Fragestellungen erstellt. Bei den Fragestellungen wurden die häufigsten Fragen der Patientinnen und Patienten aus der Entwicklungsphase übernommen. Mithilfe der Karten wurden die Schulungsthemen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten gewichtet und gleichzeitig das vorhandene Wissen überprüft. Die Karten dienten der Unterstützung, um trotz inhaltlicher Vorgaben durch die Leitlinie den Beratungsbedarf individuell zu planen. Bei den Beratungen schauten sich Patientinnen und Patienten die Karten an und berichteten, was sie zu den einzel-

nen Themen an Vorwissen hatten. Anschließend priorisierten sie die Beratungsthemen an Hand der Karten und legten individuelle Ziele fest. Die Beratungen und das Training wurden gemeinsam geplant und individuelle Aktionspläne zur Zielerreichung erstellt. Die Aktionspläne enthielten die individuellen Ziele zum Selbstmanagements und den Symptomkontrollen.

Die Patientinnen und Patienten mit HI waren oft multimorbid und während der Hospitalisation in einem schlechten Allgemeinzustand. Die Pflegenden hatten in diesen Situationen häufig das Gefühl, die Patientinnen und Patienten

mit komplexen Themen zu überfordern. Um solchen Situationen vorzubeugen, wurde zu Beginn der Hospitalisation mit ihnen und ihren Angehörigen eine erste umfassende Einschätzung ihrer Situation durchgeführt. Diese erlaubte es, frühzeitig Grenzen und Ressourcen zu erkennen, das soziale Umfeld bei Beratung und Training mit einzubeziehen und die Wichtigkeit einzelner Schulungsinhalte abzuschätzen. Zusätzlich wurde im Rahmen der ersten Beratung eine erste Austrittsplanung durchgeführt, indem Austrittsziele frühzeitig festgelegt wurden.

### Theoretische Grundlagen der Beratungen

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM; Prochaska & DiClemente, 1984), das seinen Ursprung in der Raucher- und Alkoholentwöhnung hat, diente als Grundlage zur Beratung. Es unterteilt den Prozess der Verhaltensänderung in die Stufen Sorglosigkeit, Überlegungen, Planung, Handlung und Stabilisierung. Eine Voraussetzung, um sich für Verhaltensveränderungen entscheiden zu können, ist das Abwägen von Vor- und Nachteilen der beabsichtigten Veränderungen, woraus sich dann die einzelnen Stufen ergeben. Beim TTM findet zudem eine Auseinandersetzung mit der Selbstwirksamkeit statt. Die Selbstwirksamkeit drückt die Zuversicht aus, eine Veränderung vollziehen oder in schwierigen Situationen durchhalten zu können (Bandura, 1977). Zusätzlich bietet die Technik der motivierenden Gesprächsführung von Miller und Rollnick (2004) den Beraterinnen Unterstützung für die Gesprächsgestaltung. Dabei handelt es sich um einen partnerschaftlichen Beratungsstil nach den Prinzipien: offene Fragen stellen, aktiv zuhören, das Verhalten des Gegenüber würdigen, Gesagtes zusammenfassen, flexibel mit Widerstand umgehen und selbstmotivierende Äußerungen der Patientinnen und Patienten unterstützen.

### Training von Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen

Zusätzlich zu den Beratungssequenzen wurden täglich Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen eingeübt. Diese Elemente wurden während der Hospitalisation immer wieder aufgegriffen, um einen Trainingseffekt zu erreichen. Patientinnen und Patienten trainierten zum Beispiel täglich die Gewichtskontrolle und das Führen eines Tagebuchs für die Symptomkontrolle. Tagebuch, Symptome

und Behandlung wurden in der täglichen Visite besprochen. Bei der Essensbestellung wurden je nach Bedarf Salz- und Flüssigkeitseinfuhr thematisiert. Wenn es die Situation erforderte, wurden die Medikamente mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam bereitgestellt.

### Dokumentation

Um die Kontinuität sicherzustellen, wurde ein Formular für die Patientendokumentation erstellt. Die Dokumentation bildete den Beratungsverlauf, die Ziele und die Austrittsplanung ab. Beim Austritt erhielt jeder Patient schriftlich individuelle Empfehlungen über Verhalten, Symptome und Maßnahmen. Den nachfolgenden Institutionen wurden in den Austritts- und Verlegungsberichten die durchgeführten Interventionen im Rahmen des HI-Programms rapportiert und Empfehlungen weitergegeben.

### Informationsmaterial

Als Ergänzung zu den Beratungen erhielten alle Patientinnen und Patienten das Informationsmaterial «Patientenkit» der schweizerischen Herzstiftung – bestehend aus Tagebuch, Medikamentenpass, Ernährungsempfehlungen und Beschreibung zum Krankheitsbild (Schweizerische Herzstiftung, 2004).

### Patientenpfad und Leitlinien

Inhalte, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen für die Beratungen und die Zusammenarbeit im multidisziplinären Team waren in einem Patientenpfad und mittels Leitlinien festgelegt.

### Dokumentenanalyse

In einer ersten Dokumentenanalyse wurden die Patientenakten von den ersten 30 ins Programm eingeschlossenen Patientinnen und Patienten analysiert. Im Zeitraum von Juli 2007 bis Oktober 2007 durchliefen 30 Patientinnen (18 Frauen, 12 Männer) das HI-

**Tabelle 1:** Merkmale der Teilnehmern und der Beratungen.

Merkmale	Häufigkeiten n = 30
<i>Geschlecht</i>	
Frauen	18
Männer	12
<i>Alter</i>	
Median	79 Jahre
Spannweite	47–87 Jahre
<i>Hospitalisationstage</i>	
Median	11 Tage
Spannweite	6–41 Tage
<i>Anzahl Beratungen</i>	
eine Beratung	9
zwei Beratungen	15
drei Beratungen	6
<i>Zeitaufwand der Beratungen</i>	
<i>Erstberatung</i>	
Median	30 Min.
Spannweite	15–45 Min.
<i>Zweitberatung</i>	
Median	15 Min.
Spannweite	10–30 Min.
<i>Drittberatung</i>	
Median	15 Min.
Spannweite	5–25 Min.

Programm (Merkmale der Teilnehmer siehe Tabelle 1). Zwei Drittel der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten wurden aus dem Krankenhaus direkt nach Hause entlassen, davon lebte die Hälfte alleine zuhause. Zeitweise kam es aufgrund des Zeitaufwands für die Beratungen zu einer Ressourcenknappheit. In diesen Zeiten wurden Patientinnen und Patienten, die im Anschluss an die Hospitalisation in eine Rehabilitation verlegt wurden, nicht ins Programm aufgenommen.

Mit den Beratungen wurde in der Regel am vierten Tag der Hospitalisation begonnen. (Merkmale der Beratungen siehe Tabelle 1). Die Themen Krankheitsverständnis, Gewichtskontrolle, Medikamente, Alarmsymptome und Notfallszenario wurden mit allen Pa-

tientinnen und Patienten besprochen. Themen wie seelische Belastungen wurden nur mit einzelnen Patientinnen und Patienten besprochen.

#### **Befragung der Pflegenden**

Die Pflegenden erlebten die Patientinnen und Patienten, welche im Programm waren, aktiver als jene, die nicht ins Programm aufgenommen wurden. Sie sprachen Themen wie Gewichtsveränderungen, Trinkmenge und Medikamente von sich aus an. Daraus resultierte, dass die Pflegenden einen leichteren Zugang zu diesen Patientinnen und Patienten erhielten und besser mit ihnen über ihre Krankheit und das Selbstmanagement sprechen konnten. Die Pflegenden beobachteten, dass Patientinnen und Patienten im Alltag Verantwortung für das tägliche Wiegen, das Führen des Tagebuchs und das Bereitstellen der Medikamente übernahmen. Die Pflegenden erhielten von den Patientinnen und Patienten durchweg positiv Rückmeldungen zum Informationsmaterial. Bestätigt wurde diese Beobachtung dadurch, dass Patientinnen und Patienten das Material im Alltag rege benutzten und studierten. Die Befragung der Pflegenden zeigte außerdem, dass sich das für das Programm adaptierte Kartensystem von Luniewski et al. (1999) bewährte. Patientinnen und Patienten reagierten spontan und offen auf die Karten und erzählten, was sie zu den einzelnen Themen wussten. Dadurch gestaltete sich für die Pflegenden der Einstieg in die Beratungen leichter und sie erhielten einen schnellen Überblick über das Wissen von Patientinnen und Patienten.

#### **Diskussion**

Mit dem Basler HI-Programm liegt erstmals ein stationäres Beratungs- und Trainingsprogramm für Patien-

tinnen und Patienten mit HI vor, welches an das Gesundheitswesen der Schweiz und die spezifischen Gegebenheiten eines Krankenhauses angepasst ist. Die Entwicklung des Programms stellte eine Herausforderung dar, da in der Literatur keinerlei Programme beschrieben sind, die eine Kombination von Beratungen und Training beinhalten. Die beschriebenen Programme haben zudem auch andere kulturelle Hintergründe und stammen aus anderen Gesundheitssystemen, wo sich zum Beispiel die Rollen und die Ausbildung der Mitarbeitenden im Vergleich zu denjenigen in der Schweiz teilweise stark unterscheiden (Strömberg et al., 2006; Jaarsma, Halfens et al., 1996; Jaarsma, et al., 2000; Roccaforte et al., 2005; Stewart & Horowitz, 2002). Zum Beispiel handelt es sich beim Aufgabengebiet der Advanced Practice Nurse um ein junges pflegerisches Feld im schweizerischen Gesundheitswesen, das im Aufbau begriffen ist. Mit diesen Voraussetzungen wurde im Rahmen dieses Projekts die Stelle der Advanced Practice Nurse für HI am USB neu geschaffen. Dies hatte zur Folge, dass neben der Projektarbeit auch die Rollenklärung im multidisziplinären Team immer wieder thematisiert wurde. Zum Zeitpunkt der Programmentwicklung war wenig über die nötige Intensität der Beratung und nichts über die Wirksamkeit der Inhalte eines stationären Programms in dieser Form bekannt. Auch Grossmann und Mahrer-Imhof (2008) sowie Jovicic, Holroyd-Leduc und Straus (2006) stellten in ihren Literaturarbeiten fest, dass ein Vergleich der verschiedenen Studien sehr schwierig ist und die Daten abschließende Aussagen über Art und Intensität von wirksamen Interventionen kaum zulassen. Außerdem bewirkten nicht alle in der Literatur beschriebenen Programme Verbesserungen in allen Endpunkten (Jovicic et al., 2006; Jaarsma, van der Wal, Les-

man-Leegte, Luttik, Hogenhuis, Veeger, et al., 2008). Die Arbeit von Boren, Wakefield, Gunlock und Wakefield (2009) zeigt zudem, dass bei der Mehrheit der Programme Themen wie Symptommanagement und Monitoring, sowie die Medikation und ihre Nebenwirkungen im Vordergrund stehen. Themen wie Flüssigkeitsmanagement, Diät und Aktivitäten wurden weniger häufig besprochen. In den europäischen Guidelines von Remme und Swedberg (2002) und den Empfehlungen von Buser et al. (2006) ist keine Gewichtung nach Themengebieten zu finden. Aus diesem Grund war es für die Programmentwicklung wichtig, die Resultate der Literaturrecherche mit Experten auf dem Gebiet der HI zu diskutieren, wodurch die inhaltliche Programmentwicklung jedoch aufwändig und arbeitsintensiv war.

Die Durchführung von Beratung und Training bedeutete für die Pflegenden eine neue Herausforderung, welche auch zu einem erhöhten Ressourcenbedarf führte. Aus diesem Grund konnten zum Projektstart nicht alle HI-Patientinnen und -Patienten ins Programm aufgenommen werden. Bevorzugt eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, die nach der Hospitalisation direkt nach Hause gingen und nicht in eine Rehabilitationsklinik übertraten. Dadurch wurde dem Team die Möglichkeit gegeben, die Beratungssequenzen sorgfältig zu reflektieren, um einen Lerneffekt für die Pflegenden zu erzielen. Dieses Vorgehen ermöglichte der Projektgruppe und dem gesamten Pflorgeteam das Sammeln von Erfahrungen und das Abbauen von Unsicherheiten. Unterstützend für die Pflegenden waren die theoretischen Inhalte wie das TTM zur Beratung (Prochaska & DiClemente, 1984) und die motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2004). Die stufengerechte Beratung und das Abwägen von Vor- und Nachteilen der Verhaltensänderung



mit den Patientinnen und Patienten waren für die Pflegenden eine ganz neue Erfahrung und die Erwartungen auch nicht für alle Themenbereiche gleich realistisch. Beim Thema Medikamenteneinnahme zum Beispiel besteht wenig Handlungsspielraum. Umso wichtiger ist es, die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zu erfassen und diese bei der Therapiewahl zu berücksichtigen. Fragen wie: «Wird eine Medikamenteneinnahme nur einmal täglich bevorzugt?», «kann jemand Tabletten besser schlucken als Kapseln?», «sind es am Morgen zu viele Tabletten und können sie vielleicht über den Tag verteilt werden?», gaben Aufschluss. Wichtig war für die Pflegenden, neben dem theoretischen Wissen Erfahrung in der Praxis zu sammeln. Dieser Prozess wurde durch regelmäßige Fallbesprechungen, Coaching am Bett und regelmäßige Weiterbildung unterstützt. Dabei hat sich gezeigt, dass der Weg weg von einer direktiven Beratung, hin zu einer partnerschaftlichen und auf die Patientenbedürfnisse abgestimmten Beratung weit und schwierig ist. Sowohl Patientinnen und Patienten als auch Pflegenden sind in einer Kultur zuhause, wo eine gute Compliance, also die Einhaltung der Anweisungen eines Arztes einen hohen Stellenwert hat. Die Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse, das gemeinsame Festlegen von Therapiezielen unter der Berücksichtigung von erschwerenden Faktoren als Bestandteile einer guten Adhärenz, sowie das Erarbeiten von individuellen Aktionsplänen als wichtige Bestandteile der Selbstmanagementschulung – all das stellte für alle Beteiligten eine neue Herausforderung dar. Die Projektgruppe hat sich dem Lernprozess gestellt, erarbeitete sich ein fundiertes und vertieftes Wissen auf dem Gebiet der HI und entwickelte sich so zu einer Gruppe von Expertinnen auf dem Gebiet der HI Beratung.

Zur individuellen Gestaltung der Patientenberatungen hat sich das adaptierte Kartensystem von Luniewski et al. (1999) als hilfreich erwiesen. Es ist bekannt, dass Pflegenden und Betroffene die Notwendigkeit von Schulungsinhalten oft unterschiedlich gewichten (Hagenhoff, Feutz, Conn, Sagehorn & Moranville-Hunziker, 1994; Frattini, Lindsay, Kerr & Park, 1998). Daher sind eine individuelle Einschätzung durch die Patientinnen und Patienten und eine individuelle Beratungsplanung unerlässlich. Das Kartensystem ermöglicht eine solche Einschätzung und Gewichtung der Beratungsinhalte. Zusätzlich können die Karten auch zur Überprüfung des Wissens verwendet werden. Das Feedback von Patientinnen und Patienten zum Kartensystem war durchweg positiv. Sie bemerkten, dass ihnen die Karten einen guten Überblick über die wichtigen Themengebiete geben und sie ihre Wissenslücken selbst erkennen konnten. Bewährt haben sich die frühzeitigen und strukturierten Austrittsplanungen, wie sie zum Beispiel auch von Harrision et al. (2002) beschrieben wurden. Die Erhebung vor Projektbeginn (Milbich, 2006; Qualitätsmanagement Universitätsspital Basel und PICKER Institut®, 2005) zeigte, dass die Austrittsplanungen ungenügend waren. Im Rahmen des Programms wurden die Austrittsziele bereits zu Beratungsbeginn festgelegt, wodurch eine gezielte Durchführung der Beratungen möglich war. Aufgrund des Krankheitsverlaufs kam es aber auch immer wieder vor, dass sich der Zustand von Patientinnen und Patienten so verschlechterte, dass die Ziele angepasst oder die Patientinnen und Patienten sogar aus dem Programm ausgeschlossen werden mussten. Das Informations-Kit für HI (Schweizerische Herzstiftung (Hrsg.), 2004) wird von den Patientinnen und Patienten geschätzt und hat sich in der Flut von Informationsmaterial als nützlich er-

wiesen. Viele Broschüren, so auch das Kit, sind ansprechend und informativ, jedoch auf einem Niveau verfasst, das eine höhere Schulbildung voraussetzt. Auch für ältere Patienten, die oftmals zusätzliche kognitive Einschränkungen aufwiesen, waren sie nicht immer geeignet. Trotzdem wurde entschieden, schriftliches Informationsmaterial als Unterstützung zur Schulung abzugeben. Das Informationsmaterial ist jedoch zur Ergänzung gedacht und kann auf keinen Fall die Beratung ersetzen. Um Verhaltensänderungen zu erreichen, bedarf es neben der Wissensvermittlung auch verhaltensorientierter Interventionen (Grossmann & Mahrer-Imhof, 2008), wie zum Beispiel dem TTM. Dadurch wird den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben, Verhaltensänderungen schrittweise zu planen und zu trainieren. Das Training von Selbstmanagementfähigkeiten und Symptomkontrollen hat sich im Alltag etabliert. Die tägliche Gewichtskontrolle und das Führen des Tagebuchs sind zu einem morgendlichen Ritual von Pflegenden und Patientinnen und Patienten geworden. Sie stellen wichtige Bestandteile zur Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten von Patientinnen und Patienten dar. Koelling et al. (2005) bezeichnete die Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten als Schlüssel zu einer erfolgreichen Betreuung von HI-Betroffenen. Schwierigkeiten bei den Beratungen und dem Training entstanden, wenn Patientinnen und Patienten sich in einem schlechten Allgemeinzustand befanden oder kognitive Einschränkungen aufwiesen. In diesen Fällen wurde den Beratungen Grenzen gesetzt. Verschiedene Daten weisen darauf hin, dass eine Anpassung der Schulungen an die kognitiven Fähigkeiten der Teilnehmer sinnvoll ist (Grossmann & Mahrer-Imhof, 2008). Durch das strukturierte und zielgerichtete Vorgehen im Programm wur-

den kognitive Einschränkungen und Grenzen der Teilnehmer frühzeitig erkannt und thematisiert. Dies ermöglichte den frühzeitigen unterstützenden Einbezug von Angehörigen, Freunden oder spitalexterne Diensten. Die soziale Unterstützung wurde bereits in früheren Arbeiten als wichtiger unterstützender Faktor beschrieben (Störmsberg et al., 2003)

Zur Gewährleistung der Kontinuität, der Qualitätskontrolle und -sicherung wurde ein Formular für die Patientendokumentation geschaffen. Es war schwierig, den optimalen Weg zwischen «so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich», der Verständlichkeit und der Übersichtlichkeit zu finden. Nach mehrmaliger Überarbeitung wurde mit einem beidseitig bedruckten Blatt eine gute Lösung gefunden. Die Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten und des Wissenstand der Patientinnen und Patienten bleibt jedoch rein subjektiv und beruht auf den Erfahrungen der Pflegenden.

Die erste Pilotevaluation zeigte, dass dem multidisziplinären Team die Prozessabläufe bekannt waren und mehrheitlich eingehalten wurden. Die Regelung der Prozesse für den Klinikalltag mit der Beschreibung von Aufgaben und Kompetenzen aller Beteiligten sowie letztlich das Erstellen eines Patientenpfads und einer Leitlinie bedingte viele Diskussionen. Wie die Evaluation zeigte, haben sich sowohl der Pfad als auch die Leitlinie im Alltag etabliert und bewährt. Trotzdem wird die kontinuierlich Umsetzung des Programms im Alltag vorwiegend durch die Pflegenden gewährleistet. Im USB wechselte das ärztliche Personal häufig den Arbeitsort und immer wieder müssen deshalb neue Ärztinnen und Ärzte eingearbeitet und instruiert werden. In der Hektik des Alltags vergessen sie oftmals, Patientinnen und Patienten in das Programm einzuschließen. Um die Kontinuität und das Fortbestehen zu

gewährleisten, ist von den Pflegenden deshalb ein hoher Einsatz gefordert. Bei neuen Ärztinnen und Ärzten muss immer wieder Überzeugungsarbeit zur Bedeutung der Beratung geleistet werden, denn häufig steht die medikamentöse Behandlung im Vordergrund.

Die Resultate der Schlussevaluation zeigten wenig Anpassungsbedarf beim Programm. Dies ist sicher auf die Methodenwahl der Aktionsforschung zurückzuführen, welche es durch ihre Prozesshaftigkeit erlaubte, während der Implementierung, regelmäßige Reflektionen und Anpassungen durchzuführen. Die Aktionsforschung ist ein fortlaufender Prozess, bei der unter Einbezug der Beteiligten immer wieder Anpassungen vorgenommen werden (Stringer, 2004). Kritisch zu beurteilen ist jedoch, dass die Beteiligten Teile des Prozesses sind und keine anonymisierten Rückmeldungen und kritischen Anmerkungen möglich sind. Gerade bei der Reflektion mit Patientinnen und Patienten zum Kartensystem und dem Informationsmaterial muss berücksichtigt werden, dass sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Projektteam standen. Aus diesem Grund wurde das Feedback der Patientinnen und Patienten von einer Person eingeholt, welche selbst nicht in die direkte Pflege und die Beratungen involviert war. Bei der Entwicklung solcher Programme ist es für die Beteiligten sehr wichtig, dass diese ethischen Fragestellungen der Abhängigkeit immer wieder diskutiert werden. Neben solchen Diskussionen bewies sich der Einbezug der Beteiligten auch als motivierend innerhalb der Programmentwicklung. Der kontinuierliche Einbezug der Pflegenden motivierte sie, die gesteckten Ziele zu erreichen.

Eine Schwäche der Arbeit ist, dass aufgrund der Ressourcenknappheit eine unvorhergesehene Selektion der Patienten durchgeführt werden musste. Im Rahmen des Projekts konnten

nicht, wie im Programm vorgesehen, alle Patientinnen und Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, ins Programm aufgenommen werden. Dies ist sehr schade, entspricht jedoch der Realität von Praxisentwicklungsprojekten, wo für die Projektarbeit leider oft keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. Dasselbe Problem stellte sich auch immer wieder nach der Programmimplementation, da dem Pflege team keine zusätzlichen Ressourcen für die Beratungen zur Verfügung gestellt wurden. Es ist in der Hektik des Alltags für das Pflege team immer wieder schwierig, ausreichend Zeit für Beratung und Training zu planen und bedingt von allen Beteiligten – von der Basis bis zur Führung – ein großes Engagement, eine gute Planung und einen sorgfältigen Einsatz der vorhandenen Ressourcen.

### Implikationen für Forschung und Praxis

Die vorliegende Arbeit zeigt, wie schwierig es ist, ein Programm unter Berücksichtigung von wissenschaftlichen Methoden zu entwickeln. Bereits die Ausgangslage in der Literatur, wo keine schlüssigen Aussagen zu wirksamen Interventionen gemacht wurden, setzte die erste große Hürde. Eine zweite Schwierigkeit stellte die Ausbildung der Pflegenden, die Beratungen durchführten, dar. In der bestehenden Literatur war dies sehr lückenhaft beschrieben (Grossmann & Mahrer-Imhof, 2008; Jovicic et al., 2006). Die Programmeinführung entsprach einem Kulturwandel, welcher einen Prozess darstellt, der viele Ressourcen zur Begleitung und Unterstützung benötigte. Da für das Projekt keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt wurden, war es wichtig, den Ressourceneinsatz fortlaufend zu diskutieren und abzuwägen. Das Pro-

gramm ist wegen der verschiedenen theoretischen Grundlagen sowie der Aufteilung in Beratungssequenz und dem Training in der Umsetzung sehr komplex. Pflegende, welche das Programm anbieten, benötigen nicht nur eine gute Ausbildung, sondern auch ein fortlaufendes Coaching. Diese Komplexität wurde bewusst gewählt, weil es in der Literatur Hinweise gibt, dass sich Schulungsprogramme, die aus verschiedenen Komponenten bestehen, positiv auf die Betroffenen auswirken. (Jovicic et al., 2006). Die Gewährleistung eines kontinuierlichen Coachings benötigte im Alltag viele Ressourcen. Leider war es im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich, Aussagen über die Wirksamkeit des Basler HI-Programms in Bezug auf Selbstmanagementverhalten, Mortalität, Rehospitalisation und Kosten zu machen. Eine ausführliche Evaluation auf Patientenebene zu Patientenzufriedenheit und -bedürfnissen, sowie zur Nützlichkeit der Schulungsinhalte ist noch ausstehend und wird im Rahmen einer Masterarbeit durchgeführt. Da sich das vorgestellte Programm nur mit Fragestellungen im Rahmen der Hospitalisation befasste, wird in einem weiteren Schritt über eine Ausweitung in den ambulanten Bereich nachgedacht. Es ist zu hoffen, dass bei einer Ausweitung des Angebots auch Ressourcen für eine umfangreichere Evaluation zur Verfügung gestellt werden, damit die Wirksamkeit nachgewiesen werden kann. Nicht zuletzt zeigt diese Arbeit, dass es ein weiter Weg ist, von der Entwicklung eines Programms bis zum Ausweisen seiner Wirksamkeit.

## Dank

Die Autorinnen und Autoren danken den Verantwortlichen des Bereichs Medizin für die Unterstützung bei der Programmentwicklung und Umsetzung.

Ein weiterer Dank geht an die Projektgruppe und die Mitarbeiterinnen der anderen Bereiche, die aktiv mitarbeiteten. Ein ganz besonderer Dank gilt dem gesamten Pflorgeteam von Medizin 6.2, welches die Praxisumsetzung mit vollen Kräften und viel Engagement unterstützte.

## Development and Implementation of a multidisciplinary nurse-led educational programme for inpatients with heart failure: The Basel-HF-Programme

*Individuals with chronic heart failure are a vulnerable group of patients, with a poor prognosis and frequent hospitalisations. Research shows that multidisciplinary education outpatient programmes for heart failure (HF) increases the quality of life of these patients and decreases mortality and rehospitalisation respectively. As a result of this research, the University Hospital Basel has developed and implemented a multidisciplinary, nurse-led inpatient programme. The article describes the development and difficulties of the programme from its beginning until the verification of its effectiveness. Based on a systematic review of the literature and principles of action research the programme was developed by a group of nurses specialised in HF and two physicians under the guidance of an Advanced Practice Nurse student. The group developed a patient pathway and guidelines describing education, skills training sessions for patients, as well as descriptions of responsibilities and tasks of the different members of the*

*multidisciplinary team. To date, an individualised programme with information material and specific documentation is offered to patients who receive personalised recommendations before their discharge. For the nurses the implementation of the programme was a new challenge of structured counselling in their normal "busy" routine because of this challenge the nurses needed continuing coaching.*

## Literatur

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84 (2), 191 – 215.
- Boren, S. A.; Wakefield, B. J.; Gunlock, T. L.; Wakefield, D. S. (2009). Heart failure management education: a systematic review of the evidence. *Int J Evid Based Health*, 7: 159 – 168.
- Brunner-La Rocca, H. P. (2007). Neue Empfehlungen zur Diagnose und Behandlung der Herzinsuffizienz in der Schweiz. *Schweiz Med Forum*, 7(39): 2.
- Buser, P.; Brunner-La Rocca, H.; Leventhal, M.; Mahrer-Imhof, R.; Mohacsi, P.; Nuesch, K.; Périat, P.; Seydoux, C.; Stöhr, S.; Zürcher, H.U. (2006). Empfehlungen zur vernetzten Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitschrift*, 87: 1943 – 1952.
- Dickstein, K.; Cohen-Solal, A.; Flippatos, G.; McMurray, J. J. V.; Ponikowski, P.; Poole-Wilson, P. A. et al. (2008). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Socie-

- ty of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart*, 29: 2388 – 2442.
- Frattini, E.; Lindsay, P.; Kerr, E.; Park, Y. J. (1998). Learning needs of congestive heart failure patients. *Prog Cardiovasc Nurs*, 13(2): 11 – 16, 33.
- Gonseth, J.; Guallar-Castillon, P.; Bane-gas, J.R.; Rodriguez-Artalejo, F. (2004). The effectiveness of disease management programs in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J*, 25: 1570 – 1595.
- Grossmann, F.; Mahrer-Imhof, R. (2008). Schulung von Patienten mit Herzinsuffizienz-Effekte auf das Selbstpflegeverhalten. Eine Literaturrecherche. *Pflege*, 21: 104 – 113.
- Hagenhoff, B. D.; Feutz, C.; Conn, V.S.; Sagehorn, K. K.; Moranville-Hunziker, M. B. (1994). Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their nurses. *J Adv Nurs*, 19: 685 – 690.
- Harrison, M. B.; Browne, G. B.; Roberts, J.; Tugwell, P.; Gafni, A.; Graham, I. D. (2002). Quality of life of individuals with heart failure: A randomized trial of the effectiveness of two models of hospital-to-home transition. *Med Care*, 40(4): 271 – 282.
- Jaarsma, T.; Halfens, R. J.; Abu-Saad, H.: Readmission of older heart failure patients. *Progress in Prog Cardiovasc Nurs*, 1996, 11(1): 15 – 20.
- Jaarsma, T.; Abu-Saad, H. H.; Dracup, K.; Halfens R.: Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scand J Caring Sci*, 2000, 14(2): 112 – 119.
- Jaarsma, T.; van der Wal, M. H.; Lesman-Leegte, I.; Luttik, M. L.; Hogenhuis, J.; Veeger, N. J.; Sanderman, R.; Hoes, A. W.; van Gilst, W. H.; Lok, D. J.; Dunselman, P. H.; Tijssen, J. G.; Hillege, H. L.; van Veldhuisen, D. J. (2008). Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med*, 11; 168(3): 316 – 24.
- Jovicic, A.; Holroyd-Leduc, J. M.; Straus, S. E. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord*, 2(6): 43.
- Kannel, W. B. (2000). Incidence and epidemiology of heart failure. *Heart Fail Rev*, 5(2), 167 – 173.
- Koelling, T. M.; Johnson, M. L.; Cody, R. J.; Aaronson, K. D. (2005). Discharge education improves clinical outcome in patients with chronic heart failure. *Circulation*, 111(2): 179 – 185.
- Lerch, R.; Noll, G.; Rutishauser, W. (2003). Die Herzinsuffizienz: häufig aber (noch) oft verkannt. *Schweizerische Ärztezeitung*, 84: 2365 – 6.
- Lorig, K. R.; Holman, H. R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med*, 26(1):1 – 7.
- Luniewski, B.; Reigle, J.; White, B. (1999). Card sort: An assessment tool for the educational needs of patients with heart failure. *Am J Crit Care*, 8(5): 297 – 302.
- Milbich, I. (2006). Entwurf Swot-Analyse. Unveröffentlichtes Arbeitspapier. *Medizin 6.2. Universitätsspital Basel, Schweiz*.
- Miller, R.; Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung. *Freiburg im Breisgau: Lambertus*,
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1982). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res*, 156:131 – 40.
- Qualitätsmanagement Universitätsspital Basel und PICKER Institut© (2005). *Patientenbefragung am USB. Oktober 2004 bis März 2005*.
- Remme, W. J.; Swedberg, K. (2002). Comprehensive guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task force for the diagnosis and treatment of chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*, 4(1): 11 – 22.
- Roccaforte, R.; Demers, C.; Baldassarre, F.; Teo, K. K.; Yusuf, S. (2005). Effectiveness of comprehensive disease management programmes in improving clinical outcomes in heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Heart Fail*, 7: 1133 – 1144.
- Schweizerische Herzstiftung (Hrsg.). (2004). *Patientenkitt: Herzinsuffizienz, stark für ein schwaches Herz*. Biel, Gassmann AG.
- Stewart, S.; Horowitz, J. D. (2002). Home-based intervention in congestive heart failure: long-term implications on readmission and survival. *Circulation*, 105(24): 2810 – 2.
- Stringer, E. (2004, 2nd Ed). *Action research in education*. Pearson Education. New Jersey: Upper Saddle River.
- Strömberg, A.; Martensson, J.; Fridlund, B.; Levin, L. A.; Karlsson, J. E.; Dahlstrom, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: Results from a prospective, randomised trial. *Eur Heart J*, 24(11): 1014 – 1023.
- Strömberg, A.; Dahlström, U.; Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure: A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Educ Couns*, 64(1–3): 128 – 135.
- Warschburger, P. (2003). *Patientenschulung: Ziele und Konzepte*. Pra-

xis Klinische Verhaltensmedizin  
und Rehabilitation, 64: 339 – 344.

Wright, S. P.; Walsh, H.; Ingley, K. M.;  
Muncaster, S. A.; Gamble, G. D.;  
Pearl, A.; Whalley, G. A.; Sharpe, N.;  
Doughty, R. N. (2003). Uptake of  
self-management strategies in a  
heart failure management pro-  
gramme. Eur J Heart Fail, 5(3):  
371 – 380.

**Korrespondenzadresse**

Cornelia Bläuer, Pflegeexpertin  
Höfa II, MNS  
Medizin 6.2  
Universitätsspital Basel  
Petergraben 4  
CH-4031 Basel  
E-Mail: blaueerc@uhbs.ch