

## **Projekt**

### **«Aufbau eines Advanced Nursing Practice Angebots für Patient:innen mit einer koronaren Herzkrankheit während der (digitalen) kardiovaskulären Rehabilitation»**

**Für die Einreichung des Pflegepreises 2022 der Stiftung zur Förderung  
der Krankenpflege im Kanton Bern**

29.07.2022

Flurina Casanova<sup>1</sup>, MScN, RN

Agnes Kocher<sup>2</sup>, Dr. sc. med., RN

Elisabeth Spichiger<sup>2</sup> Dr. habil, PhD, RN

Andreas Zimmermann<sup>1</sup>, Dr. med.

Cathérine Léchet Röthlisberger<sup>1</sup>, Leitung Sekretariat

Anita Mülhaupt<sup>1</sup>, RN

Prisca Eser<sup>1</sup>, PD Dr. rer. nat.

Matthias Wilhelm<sup>1</sup>, Prof. Dr. med.

1 Präventive Kardiologie & Sportmedizin, Universitätsklinik für Kardiologie, Medizinbereich Herz Gefäss, Insel Gruppe

2 Bereich klinische Praxisentwicklung, Direktion Pflege, Insel Gruppe

## Inhalt

1. Projekthintergrund.....	3
2. Ausgangslage .....	4
3. Situationsanalyse und Versorgungslücken .....	7
4. Zielsetzungen des Projekts .....	8
5. Methodisches Vorgehen.....	9
5.1. Projektorganisation .....	10
5.2. Beschreibung des ANP-Angebots .....	10
5.3. Ethische Überlegungen .....	11
6. Ergebnisse .....	12
6.1. Struktur und Prozessdaten .....	12
6.1.1. Eintrittsuntersuchungen .....	12
6.1.2. Pflegeberatungen .....	12
6.1.3. Digitales Gesundheitsdossier evita® .....	13
6.1.4. Weitere Dienste der kardiovaskulären Rehabilitation .....	13
7. Erfahrungen mit dem ANP Angebot .....	14
7.1 Rückmeldungen von Fachpersonen zum ANP-Angebot .....	14
7.1.1. Feedbacks zum Projektverlauf.....	14
7.1.2. Verbesserungsbedarf .....	15
7.1.3. Erfahrungen der Patient:innen .....	15
8. Diskussion und Zukunftsperspektive .....	15
9. Referenzen.....	17
10. Anhang.....	21
10.1. Anhang A .....	21
10.2. Anhang B .....	22
10.3. Anhang C .....	23

## 1. Projekthintergrund

Weltweit wie auch in der Schweiz sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache. Dabei zählt die koronare Herzkrankheit (KHK) zu den häufigsten chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Häufigste Ursache dafür sind meist langjährige, atherosklerotische Veränderungen, welche durch lebensstilabhängige Risikofaktoren begünstigt werden. Die Kontrolle von kardiovaskulären Risikofaktoren und Lebensstiländerungen sind notwendig, um das Fortschreiten der KHK zu verhindern. Kardiale Rehabilitationsprogramme stellen eine interprofessionelle Intervention dar, welche verschiedene Gesundheitsdienstleistungen beinhaltet. Allerdings profitieren Patientinnen und Patienten mit bekannter KHK noch viel zu selten von wirkungsvollen sekundärpräventiven Massnahmen und einer strukturierten ambulanten Rehabilitation nach einem kardialen Ereignis. Um die Teilnahme zu erhöhen und die Personenzentriertheit zu fördern, sind neue Versorgungsmodelle notwendig. eHealth bietet Möglichkeiten dazu. Unter diesem Begriff werden alle digitalen Gesundheitsdienste zusammengefasst. Mittels Telerehabilitationsprogrammen sollen Barrieren für die Teilnahme an zentrumsbasierten Rehabilitationsprogrammen entgegengewirkt werden.

Am Zentrum für Präventive Kardiologie des Medizinbereichs Herz/Gefäss am Inselhospital Bern wird ein 12-wöchiges ambulantes kardiovaskuläres Rehabilitationsprogramm angeboten. Im Sinne eines neuen Versorgungsansatzes wird zusätzlich auch eine hybride oder gesamt heimbasierte Rehabilitation mit digitaler Unterstützung ermöglicht.

Bisher fehlte die Pflege als Berufsgruppe im Rehabilitationsprogramm und es fehlte an strukturierten Edukationsmassnahmen sowie eine koordinierende Ansprechperson für die Patient:innen während der kardiovaskulären ambulanten Rehabilitation blieb aus.

Als Projekt und Entwicklung eines Advanced Nursing Practice (ANP) Angebots sollte der Ausbau dieses neuen digitalen Versorgungsmodells und eine Verbesserung der Kontinuität in der Betreuung für diese Patientengruppe durch die Pflege angestrebt werden. F. Casanova hat als Nurse Practitioner (NP) am 01.10.2020 die Stelle in der ambulanten kardiovaskulären Rehabilitation angetreten und war seit Beginn klinisch in der Praxis tätig. Es wurde zeitgleich ein Projektantrag für eine interprofessionelle Projektarbeit erstellt, welcher im August 2021 genehmigt wurde. Das Angebot wurde während einer viermonatigen Zeitspanne getestet und per Ende Mai 2022 konnte das Projekt termingerecht abgeschlossen werden und befindet sich in der Überführung in den Normalbetrieb.

## 2. Ausgangslage

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind jährlich für über 20'000 Todesfälle in der Schweiz verantwortlich, was rund ein Drittel der landesweiten Todesfälle ausmacht. Dabei ist die koronare Herzerkrankung (KHK) die häufigste Ursache der kardiovaskulären Todesfälle. Das Risiko, im Leben daran zu erkranken, beträgt schweizweit für Männer 23 Prozent, für Frauen 18 Prozent (Schweizerische Herzstiftung, 2016).

Die KHK wird in akute und chronische Koronarsyndrome (ACS, CCS) unterteilt. Ätiologisch liegt allen Formen der KHK die chronisch und häufig progredient verlaufende Atherosklerose zugrunde, die durch Stenosen der Koronargefäße zu einer Minderperfusion des Myokards oder durch Plaqueruptur mit Thrombusbildung und Verschluss eines Herzkranzgefäßes zu einem Myokardinfarkt führen kann (Pilgrim & Windecker, 2015).

Ursachen der KHK sind grösstenteils Folgen von modifizierbaren und nicht modifizierbaren Risikofaktoren wie Altern, familiäre Veranlagung, Nikotinabusus, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht, Diabetes mellitus, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie sowie Stress. Es gibt drei therapeutische Ansätze, die in der Regel parallel zum Einsatz kommen: Der minimalinvasive Eingriff mittels Koronarangioplastie, die medikamentöse Behandlung und die Unterstützung von Lebensstiländerungen als Massnahme zur Sekundärprävention. Langfristig geht es um die Reduktion der lebensstilabhängigen kardiovaskulären Risikofaktoren sowie eine bestmögliche Einstellung der Medikation, um eine Progression der KHK möglichst zu vermeiden (Ambrosetti et al., 2020; Timmis et al., 2020).

Fortschritte in der Behandlung der KHK haben zu einer Reduktion der Mortalität beim ACS und damit zu einer steigenden Anzahl von Langzeitüberlebenden mit CCS geführt. Diese können mit zusätzlichen kardiovaskulären Erkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz) einhergehen und das Risiko eines erneuten Herzinfarkts oder von Komplikationen, wie Hirnschlag und periphere arterielle Verschlusskrankheit, ist hoch. Die Inzidenz von Herz-Kreislauf-Erkrankungen blieb in den letzten Jahrzehnten unverändert, weil positive Trends bei der Behandlung von Hypertonie und Fettstoffwechselstörungen durch eine Zunahme von Inaktivität, Übergewicht und Diabetes mellitus kompensiert werden (Timmis et al., 2020).

Eine KHK hat zusätzlich psychosoziale Auswirkungen. Bei Patient:innen treten Depressionen und Angstzustände gehäuft auf (Pedersen et al., 2017). Zudem wirkt sich die KHK auf die Lebensperspektive, die Identität und die sozialen Rollen von Betroffenen und Angehörigen aus. Es ist entsprechend unabdingbar, Angehörige in die Gesundheitsversorgung miteinzubeziehen (Noonan et al. 2018).

Die aktuellen Leitlinien der European Society of Cardiology (ESC) empfehlen eine umfassende Prävention bei Patient:innen mit etablierter KHK, welche darauf abzielt, das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen und/oder zu verlangsamen, die funktionelle Kapazität zu verbessern, die Lebensqualität wiederherzustellen und das Risiko einer Progression der Erkrankung zu verringern (Visseren et al. 2021). Eine langfristige, auf die Patient:in zugeschnittene und lebenslange Betreuungsstrategie soll Patient:innen befähigen, wieder ein normales Leben zu führen.

Zum Umsetzen von Präventionsmassnahmen bei KHK benötigen Betroffene Gesundheitskompetenz. Diese wird als die Kompetenz eines Individuums gesehen, sich mithilfe seines sozialen Umfelds (z.B. Angehörige) gesundheitsbewusst zu verhalten (Abel & Bruhin, 2003; Kickbusch et al., 2005). Gesundheitskompetente Patient:innen können sich an medizinischen Entscheidungen beteiligen, übernehmen Eigenverantwortung, haben eine bessere Prognose und verursachen weniger Gesundheitskosten (Gasser et al., 2018; Magnani et al., 2018). Gesundheitskompetenz erfordert zudem eine gute Adhärenz. Die Adhärenz bezüglich evidenzbasierten Lebensstilmassnahmen und medikamentösen Therapien ist bei Patient:innen mit Herzkreislauferkrankungen jedoch oft unzureichend (Huber et al., 2019). Gerade bei diesen Personen bestünde aber ein hohes Potenzial, durch Lebensstilmassnahmen und medizinische Massnahmen ein Fortschreiten der Krankheit zu bremsen und weitere akute Ereignisse und Todesfälle zu vermeiden. Adhärenz bezüglich Medikamenteneinnahme ist schwierig, weil für die Betroffenen kein direkter Nutzen der Einnahme spürbar ist (Levy et al., 2018). Eine langfristige Umsetzung von Anpassungen des Lebensstils wie Rauchstopp und mehr Bewegung gelingen oft nicht, weil solche Verhaltensveränderungen über mindestens 3 Monate «eingeübt» werden müssen. Zudem können belastende Ereignisse zu einem Rückfall in altes Verhalten führen (Gardner et al., 2012).

Unterstützend für Patient:innen mit KHK sind kardiovaskuläre Rehabilitationsprogramme. Sie haben das Management und die Kontrolle von kardiovaskulären Risikofaktoren sowie Lebensstilveränderungen zum Ziel und sollen die physische, psychische, soziale und berufliche Situation der Patient:in nach einem akuten kardiovaskulären Ereignis oder im Verständnis der KHK als eine chronische Krankheit verbessern (Frederix et. al (2017), Ambrosetti et al., 2020). Während früher solche Programme auf körperliches Training fokussierten, entwickelten sich im Laufe der Zeit Programme mit multiplen Komponenten und individuell auf Patient:innen abgestimmte Programme. Sie definieren sich dementsprechend als eine umfassende interprofessionelle, präventive Intervention. Die Metaanalyse von Ambrosetti et al. (2020) zeigt, dass mit Rehabilitationsprogrammen Morbiditäts- und Mortalitätsraten reduziert,

die Krankheitsprognose und die Funktionsfähigkeit, das psychosoziale Wohlbefinden und die Lebensqualität bei Patient:innen mit KHK verbessert werden (Ambrosetti et al. 2020).

Kardiale Rehabilitationsprogramme werden stationär, ambulant, ausschliesslich mittels eHealth oder in einer Hybridform (d.h. eHealth ergänzt ambulantes Programm) angeboten. eHealth Angebote bieten einen niederschweligen Zugang; Barrieren wie Entfernung, Transporte oder Termine im Zentrum nur zur Beratung können überwunden werden.

Besorgniserregend ist allerdings, dass Patient:innen mit KHK nach einem kardiovaskulären Ereignis noch viel zu selten von wirkungsvollen präventiven Massnahmen und einer strukturierten ambulanten Rehabilitation profitieren (CardioVasc Suisse, 2016, Gonzalez-Jaramillo N. et al. 2022). Die Gründe für die tiefe Teilnahmerate sind vielschichtig: Abneigung gegenüber Gruppenprogramme, geographische Entfernung zum Zentrum, ungünstige Zeitpunkte, psychosoziale Verpflichtungen sowie finanzielle Probleme gehören dazu (Jin et al., 2019). Neue, auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittene, Versorgungsmodelle mit niederschwelligem Zugang sind notwendig. Die Covid-19 Pandemie hat deutlich gemacht, dass Telemedizin und eHealth-Angebote wichtige und zeitgemässe Ansätze in der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch in der Prävention von KHK, sind (Frederix et al. 2015, Scherrenberg et al., 2020). Dabei stellt die heimbasierte Rehabilitation oder Telerehabilitation einen eher neuen Versorgungsansatz dar. Damit wird Risikopatient:innen ein niederschwelliger Zugang und eine individuelle Unterstützung angeboten. Gängige Barrieren wie Entfernung, Transporte oder zu häufige Beratungstermine am Zentrum können dadurch überwunden werden (Scherrenberg et al., 2020). Entsprechend kann die Telerehabilitation als alternative oder ergänzende Hybridintervention zur regulären ambulanten Rehabilitation gesehen werden. Der Einsatz von digitalen Versorgungsmodellen könnte als innovatives Versorgungsmodell zu einer Erhöhung der Teilnahmerate eines Rehabilitationsprogramms beitragen, insbesondere dann, wenn kein Zugang zu einem zentrumsbasierten Programm besteht, wenn aufgrund von sozialen und beruflichen Verpflichtungen oder finanziellen Problemen die Teilnahme an einem Rehabilitationsprogramm abgelehnt wird.

In verschiedenen Publikationen wird deutlich, dass digitale Rehabilitationsprogramme machbar sind, akzeptiert werden und wirksam sein können (Snoek et al 2020). Die Art und Weise, wie Aufklärungsmassnahmen durchgeführt werden, kann einen gewissen Einfluss haben: Web-basierte Aufklärungsmassnahmen funktionierten in der randomisiert kontrollierten Studie genauso gut wie persönliche Aufklärungsmassnahmen (Keyserling et al., 2014). Reine schriftliche Aufklärung via Email oder Broschüren waren jedoch nur von geringem Nutzen (Nord et al., 2017; Schwalm et al., 2015). Auch verhaltenstherapeutische Interventionen, wie

Gruppentherapien, waren aufgrund ihrer heterogenen Designs unterschiedlich erfolgreich (Richards et al., 2018). Für zukünftige digitale Rehabilitationsprogramme werden Interventionen empfohlen, welche Teilnehmende mittels individuell angepassten Zielen und Aktionsplänen im Erreichen von Verhaltensveränderungen bestärken (Su & Yu, 2019).

### **3. Situationsanalyse und Versorgungslücken**

Auch am Zentrum für präventive Kardiologie des Inselspitals in Bern wird ein 12-wöchiges ambulantes kardiovaskuläres Rehabilitationsprogramm interprofessionell angeboten. Die Rekrutierung für die Teilnahme am Programm wird von einem Beratungsteam bestehend aus 5 Pflegefachpersonen, gewährleistet. Ebenso weisen externe Hausärzt:innen oder Kardiolog:innen Patient:innen zu. Ziele des Programms sind die Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz bezüglich der Umsetzung von Lebensstilveränderungen, die Medikationseinstellung sowie -aufdosierung, der Rückgewinn von Sicherheit im Alltag und eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Im Rahmen dieser interprofessionellen ambulanten Rehabilitation werden am Inselspital pro Jahr durchschnittlich 500-550 Patient:innen betreut. Seit der Covid-19 Pandemie wird ausserdem eine Hybridrehabilitation, d.h. telemedizinische Betreuung mit eHealth Unterstützung durch Gesundheitsfachpersonen und Einzeltraining durch die Physiotherapie am Zentrum ermöglicht (Scherrenberg et al., 2021). Auf Wunsch kann auch eine rein digitale Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Mittels Vorträgen werden Patient:innen bezüglich Selbstmanagement und Gesundheitskompetenz einmalig pro Thema (Krankheitsverständnis, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Medikamente und allgemeine Tipps nach der Rehabilitation) informiert und beraten.

Vor Projektbeginn führte F.Casanova im Oktober 2020 eine Situationsanalyse durch und stellte folgende Versorgungslücken sowie Verbesserungspotential fest:

**Behandlungskontinuität und -koordination:** Mündliche Rückmeldungen von Patient:innen verdeutlichten, dass eine klare Ansprechperson, welche sie durch die Rehabilitation führt, fehlte.

**Edukation und Gesundheitskompetenz:** In Bezug auf Beratungen von Patient:innen und deren Angehörigen ist die Wirksamkeit von einmaligen Interventionen bezüglich Selbstmanagement und Verhaltensveränderungen fraglich.

**Telerehabilitation als Versorgungsmodell:** Während der Covid19-Pandemie wurde allen Patient:innen eine teilweise oder ausschliesslich telemedizinische Betreuung angeboten. Nach der Pandemie sollte das Versorgungsmodell weiter ausgebaut werden. Aktuell waren

viele Patient:innen generell gewillt, an einer Telerehabilitation teilzunehmen, weil viele Patient:innen während der Covid19-Pandemie mit digitalen Kommunikationsmitteln vertraut wurden und schon Erfahrung mit digitalen Beratungen/Konsultationen gesammelt haben. Viele Patient:innen haben die Vorteile von digitalen Kontakten schätzen gelernt, wie z.B. die Zeiteffizienz und Flexibilität. Während die meisten Patient:innen mit genügenden technischen Mitteln für eine digitale Rehabilitation ausgerüstet sind, sind jedoch nicht alle gleich gewandt und willig, diese Technik zu nutzen (unregelmässiger Gebrauch von mobilen Geräten, fehlende Emailadresse). Einige Aussagen zeigen aber, dass gewisse Patient:innen den persönlichen Kontakt bevorzugen («Ich habe so viele Fragen, diese würde ich Ihnen gerne persönlich stellen»).

**Betreuung von Angehörigen:** In der bisherigen Begleitung fiel auf, dass offene Bedürfnisse seitens der Angehörigen bestehen. Fragen, Sorgen und Ängste nehmen bei Angehörigen einen grossen Platz ein. Bisher wurde diesen Bedürfnissen zu wenig Beachtung geschenkt, wurden nicht systematisch erfasst und Angehörige nicht genügend in die Betreuung einbezogen.

**Schnittstellenmanagement:** Patient:innen, welche am ambulanten Rehabilitationsprogramm teilnehmen, können interprofessionelle Angebote in Anspruch nehmen. Bis anhin geschah dies eher unkoordiniert. Folglich ist eine optimale Koordination dieser verschiedenen Komponenten zwingend nötig, um eine optimale Rehabilitation mit individuellen Massnahmen anbieten zu können und Doppelspurigkeiten oder Missverständnisse im Behandlungskonzept zu vermeiden.

Lösungsansätze der beschriebenen Versorgungslücken sollten mit dem interprofessionellen Projekt «Aufbau eines Advanced Nursing Practice (ANP) Angebots für Patient:innen mit einer koronaren Herzkrankheit während der (digitalen) kardiovaskulären Rehabilitation» angegangen werden.

#### **4. Zielsetzungen des Projekts**

Das Projekt beschränkte sich explizit auf Patient:innen mit einer diagnostizierten KHK, welche an der kardiovaskulären ambulanten Rehabilitation teilnahmen und es wurde ein übergeordnetes und fünf Teilziele definiert:

Übergeordnetes Ziel: Mit der Entwicklung eines ANP Angebots sollte das multikomponente Rehabilitationsprogramm für Patient:innen mit KHK ausgebaut werden, um eine evidenzbasierte, personenzentrierte und kontinuierliche Rehabilitation zu gewährleisten. Dazu sollten

das Selbstmanagement und die Gesundheitskompetenz gefördert, Telemedizin mit mHealth Unterstützung integriert und ein niederschwelliger Zugang sichergestellt werden.

Teilziel A) Während des Rehabilitationsprogramms steht Patient:innen mit KHK sowie ihren Angehörigen die Nurse Practitioner (NP) kontinuierlich als Ansprechperson für fachliche Aspekte der Rehabilitation und Koordinatorin zwischen allen Schnittstellen zur Verfügung.

Teilziel B) Die Gesundheitskompetenz (inklusive digitale Kompetenz) und der Bedarf an Unterstützung im Selbstmanagement von Patient:innen mit KHK und ihren Angehörigen werden qualitativ erfragt und eine individuell angepasste Edukation bezüglich Krankheitsverständnis, Therapie und Sekundärprävention wird durchgeführt.

Teilziel C) Mit einem Ausbau der Rehabilitationsformate stehen Patient:innen mit KHK multikomponente Rehabilitationsmassnahmen zur Verfügung, aus welchen ein bedarfsgerechtes, individuelles Programm zusammengestellt werden kann. Dieses soll vor Ort, in einer Hybridform oder nur digital angeboten werden.

Teilziel D) Während der Pilotphase wird geprüft, ob eine Übernahme von körperlichen Ein- und Austrittsuntersuchungen durch die NP sinnvoll und machbar ist.

Teilziel F) Das ANP Angebot hat einen nachweisbaren Nutzen für die Patient:innen mit KHK, die am ausgebauten Rehabilitationsprogramm teilnehmen, sowie deren Angehörige.

## **5. Methodisches Vorgehen**

Frau Casanova trat die Stelle am Zentrum für Präventive Kardiologie am 01.10.2020 mit einem Arbeitspensum von 60% an. Der Bereich Fachentwicklung (BFE) der Direktion Pflege der Insel Gruppe unterstützt den Aufbau von innovativen und zukunftsorientierten ANP Angeboten gemäss «Konzept Advanced Nursing Practice (ANP) Advanced Therapy Practice (ATP) Insel Gruppe» (Herrmann & Spichiger, 2021). Weiter erfolgte der Aufbau des ANP Angebots in Anlehnung an das PEPPA-Framework (Participatory, Evidence-based, Patient-centered Process for APN role development, implementation and evaluation) von Bryant-Lukosius & DiCenso (2004).

Zuerst führte Frau Casanova eine Situationsanalyse durch und erstellte dann einen Projektantrag. Nach dessen Genehmigung durch die Steuergruppe war sie als Co-Projektleiterin für die Durchführung des Projekts zuständig. Basierend auf der Situationsanalyse mittels Gesprächen mit Stakeholdern (Ärztenschaft, Physiotherapie, Sekretariat, Kardiopsychologie, Ernährungsberatung, Sozialberatung und Präventionsteam) sowie auf aktueller Literatur erfolgte

der Aufbau der Inhalte de ANP-Angebots in Zusammenarbeit mit der interprofessionellen Projektgruppe. Im Projektantrag wurden ebenfalls ein Zeit- und Massnahmenplan zur Zielerreichung erstellt (Anhang A). Die definierten Massnahmen wurden umgesetzt sowie das vollumfängliche ANP Angebot von einer vorher definierten Zeitspanne (01.11.2021-28.02.2022) als Pilotphase getestet und mittels erstelltem Evaluationsplan von Struktur- Prozess und Ergebnisdaten (Donabedian, 2005) evaluiert. Nach Abschluss der Pilotphase wurden die erhobenen Evaluationsdaten ausgewertet und es fanden insgesamt 10 leitfadengestützte Interviews mit den Stakeholdern (Leitende Physiotherapie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Mitglieder der Projektgruppe, dem leitenden Arzt der kardiovaskulären Rehabilitation, sowie der Pflegefachbereichsleitung statt. Am 30. Mai 2022 wurde das Projekt der Steuergruppe und dem Auftraggeber präsentiert und dessen Überführung in den Normalbetrieb erfolgreich genehmigt.

### **5.1. Projektorganisation**

Die Projektorganisation bestand aus einer Steuergruppe, der Projektgruppe sowie einer Beratungsgruppe. Dabei war die Steuergruppe für die Genehmigung des Projektantrags, für die Überprüfung von Zielerreichung, für die Entscheidung von zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen sowie für die Genehmigung des Schlussberichts und der Implementation des Angebots in den Normalbetrieb des Medizinbereichs Herz/Gefäss zuständig. Die Projektleitung war hauptverantwortlich für die Durchführung des Projektes, sowie für die Organisation, Vorbereitung, Durchführung und Dokumentation von Sitzungen des Projektteams zuständig. Die Projektgruppe war als Unterstützung der inhaltlichen Projektarbeit sowie in der Durchführung der Pilotphase beteiligt und nahm an den vereinbarten Projektsitzungen teil. Die Beratergruppe wurde auf Anfrage der Projektleitung zu spezifischen Themen miteinbezogen. Ein detailliertes Organigramm befindet sich im Anhang B.

### **5.2. Beschreibung des ANP-Angebots**

Folgende Aufgabenbereiche wurden für das vollumfängliche ANP-Angebot entwickelt und durch die NP während der Pilotphase getestet.

- Erstellung eines Infoflyers mit Kontaktdaten und Erreichbarkeit der NP
- Organisation und Einführung des Herz-Rehatelefon, welches von Montag bis Freitag jeweils von 13:00 bis 14 für Patient:innen und Angehörige durch die NP bedient wird.
- Erstellung des Leitfadens zur Erfassung der Gesundheitskompetenz und Unterstützung im Selbstmanagement

- Übernahme von ärztlich delegierten Eintrittsuntersuchungen in die ambulante Rehabilitation
- Durchführung von Pflegeberatungen entweder telefonisch oder vor Ort gemäss erstelltem Leitfaden (Anhang C)
- Durchführung von Austrittsgesprächen in Kleingruppenformat
- Koordination von interprofessionellen Gesundheitsdienstleistungen während der Rehabilitation
- Durchführung von Vorträgen für Patient:innen und Angehörige
- Digitale Betreuung via Telefonkonsultationen und Alarmkontrolle der Evita-Plattform
- Zusammenarbeit mit der Sachbearbeiterin Kommunikation für die Erstellung einer Online-Plattform für Patient:innen mit Vorträgen, Informationen, Edukationsmaterialien rund um die Herzerkrankung und Rehabilitation

Die Tätigkeiten der NP werden anhand des Rehabilitationsverlaufs als Kontinuum auf Abbildung 1 dargestellt.

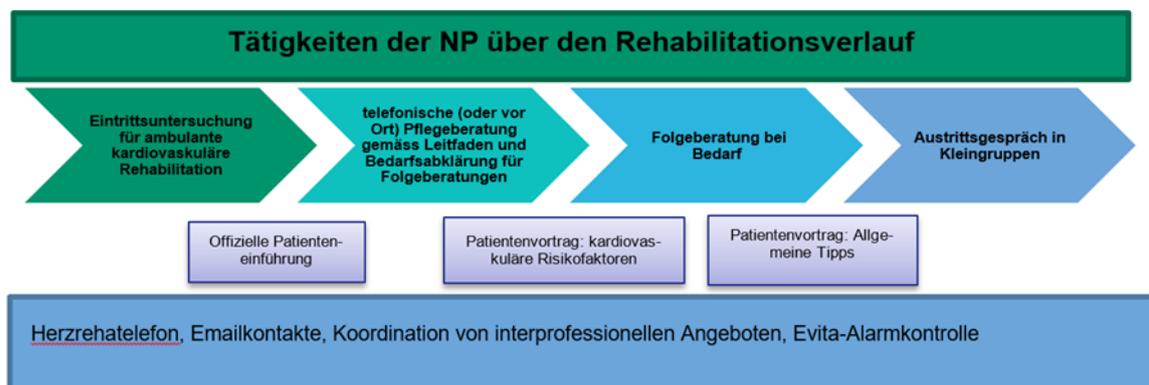


Abbildung 1: Tätigkeiten der NP über den Rehabilitationsverlauf von 12 Wochen

### 5.3. Ethische Überlegungen

Ethische Rahmenbedingungen wurden beachtet: Personen, welche befragt wurden, gaben ihre schriftliche Einwilligung. Während des Projekts erhobene Daten wurden vertraulich behandelt und für die Auswertung anonymisiert. Weil das Projekt im Rahmen einer Qualitätsentwicklung stattfand und keine Gefahr für die beteiligten Personen bestand, war keine Bewilligung durch die Kantonale Ethikkommission nötig.

## **6. Ergebnisse**

### **6.1. Struktur und Prozessdaten**

Während der viermonatigen Pilotphase konnte das neue ANP-Angebot getestet und es konnten strukturierte Daten gesammelt werden. Insgesamt hat die NP in dieser Zeit 150 Patient:innen im (digitalen) ambulanten kardiovaskulären Rehabilitationsprogramm betreut und dabei 267 Kontakte mit Patient:innen und/oder Angehörigen gehabt. Kontakte umfassten direkte Begegnungen (Beratungen und Eintrittsuntersuchungen), telefonische Beratungen, Patientenvorträge, Kleingruppengespräche sowie Auskünfte und Beratungen via Herzrehtelefon und E-Mail.

#### **6.1.1. Eintrittsuntersuchungen**

Nach einer ausführlichen Schulung durch Oberärzt:innen (OA) übernahm die NP 50 von insgesamt 219 ärztlichen Eintrittsuntersuchungen. Jede Eintrittsuntersuchung beinhaltete eine Blutentnahme, eine Spiroergometrie (in Zusammenarbeit mit einer Fachperson für Sportwissenschaft), ein Assessment zu Depression und Angst, eine Anamnese sowie eine klinische Untersuchung. Gemeinsam mit dem zuständigen/ der zuständigen OA und der Patientin oder dem Patienten besprach die NP abschliessend individuelle Rehabilitationsziele und Massnahmen zur Sekundärprävention und leitete entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten der verschiedenen Fachbereiche innerhalb der kardiovaskulären Rehabilitation (Physiotherapie, Rauchstoppberatung, Kardiopsychologie, Sozialberatung, Ernährungsberatung) in die Wege. Der Vorteil der Übernahme solcher Eintrittsuntersuchungen besteht darin, dass die NP direkt ab Beginn der Rehabilitation als Ansprechperson wahrgenommen wird, Bedürfnisse für die weitere Behandlung und Betreuung erfasst werden und interprofessionelle Gesundheitsdienstleistungen bereits zu Beginn koordiniert werden können.

#### **6.1.2. Pflegeberatungen**

Pro Patient:in wurde mindestens eine individuelle Pflegeberatung während der Pilotphase durchgeführt und dokumentiert. Es wurden insgesamt 133 Pflegeberatungen durchgeführt und individuell an die Bedürfnisse der Patient:innen angepasst. Die Beratungsgespräche beinhalteten folgende Themenbereiche: Krankheitsverständnis, kardiovaskuläre Risikofaktoren, Umgang mit der Herzerkrankung im Alltag, Besprechen von Motivation und Ressourcen für Lebensstilveränderungen, Unterstützung in der Umsetzung von Lebensstilveränderungen und Medikamenteneinnahme und der Therapieadhärenz, Angst, Depressivität, Fragen rund um die

Arbeitssituation, verändertes Körpergefühl und Unsicherheit bzgl. körperlicher Belastung, Verarbeitung einer Reanimation, Sorgen von Angehörigen. Bei Bedarf wurde eine oder mehrere Folgeberatungen (insgesamt 67mal) durchgeführt.

#### 6.1.3. Digitales Gesundheitsdossier evita®

Für die ambulante Betreuung wurde unter anderem das digitale Gesundheitsdossier evita® verwendet. Diese Plattform ist ein Mittel für die sichere elektronische Aufbewahrung und Übertragung von digitalen Fitness- und Gesundheitsdaten. Im Rahmen der Telerehabilitation werden den Patient:innen Geräte zur Blutdruck-, Puls-, Schritt-, EKG- sowie Gewichtsmessung bei Bedarf abgegeben. Die erfassten Daten werden via integrierter SIM-Karte auf die Plattform evita® übertragen und von Gesundheitsfachpersonen überwacht. Konkret bedeutet dies, dass für die verschiedenen Rehabilitationsgruppen Schwellenwerte auf der Plattform eingegeben werden. Bei Überschreitung dieser Schwellenwerte wird via E-Mail eine elektronische Warnmeldung versendet. Während der Pilotphase wurden diese Warnmeldungen einmal pro Tag durch die NP angeschaut und bei Bedarf Massnahmen mit den Patient:innen besprochen. Insgesamt wurden während der Pilotphase 222 Alarmmeldungen kontrolliert, und bei 22 Meldungen eine Kontaktaufnahme mit der Patient:in stattfand.

#### 6.1.4. Weitere Dienste der kardiovaskulären Rehabilitation

Als zusätzliches niederschwelliges Angebot wurde ein Telefondienst organisiert. Dieses wurde jeweils montags bis freitags von 13:00 – 14:00 durch die NP bedient. Während der Pilotphase wurde der Telefonberatungsdienst insgesamt 24-mal in Anspruch genommen, Hauptgründe für ein Telefonat waren Fragen zur Corona-Pandemie/-Impfung, Fragen zu Medikamenten oder deren Rezepten, Anfragen für Arbeitsunfähigkeitszeugnisse, Fragen zur allgemeinen Gesundheit und kardiologischen Beschwerden, Ängste im Zusammenhang mit der Herzerkrankung und 1-mal Suizidalität. Ebenso gab es 36 Emaillkontakte zwischen der NP und den Patient:innen.

Basierend auf Eintrittsuntersuchung, Pflegeassessment und Pflegeberatung übernahm die NP eine leitende und koordinierende Rolle in der Rehabilitation und organisierte weitere interprofessionelle Rehabilitationsmassnahmen in der gewünschten Form. Sie machte Überweisungen an folgende Dienste: Sozialberatung, Kardiopsychologie und Ernährungsberatung. Ausserdem führte die NP drei Patientenvorträge zu den Themen «kardiovaskuläre Risikofaktoren und «Allgemeine Tipps» durch.

Zum Abschluss des Rehabilitationsprogrammes fand jeweils alle zwei Wochen ein Austrittsgespräch in Kleingruppen statt, welche von der NP moderiert wurden. Insgesamt fanden in der Pilotphase 7 Austrittsgespräche statt. Bei diesen standen die Besprechung individueller Zielerreichung während der Rehabilitation, das weitere Vorgehen nach der Rehabilitation und Edukation bezüglich einer herzgesunden Zukunft, im Vordergrund.

## **7. Erfahrungen mit dem ANP Angebot**

### **7.1 Rückmeldungen von Fachpersonen zum ANP-Angebot**

Insgesamt wurden der Projektverlauf und die Rolle der NP sowie das ANP-Angebot mittels 10 leitfadengestützten Interviews mit allen Stakeholdern evaluiert. Von allen Stakeholdern wurde der Projektverlauf, die Rolle der NP sowie das ANP-Angebot als sehr gut erlebt und stellte einen Gewinn für die ambulante kardiovaskuläre Rehabilitation dar. Das Angebot wurde als zentrales und holistisches Angebot und als «Anker» in der Rehabilitation wahrgenommen. Die NP wird als wichtiges Teammitglied der kardiovaskulären Rehabilitation gesehen, welche eine andere Perspektive einnimmt und nicht mehr wegzudenken ist. Die NP wird als zentrale Ansprech- und Koordinationsperson für Patient:innen während der Rehabilitation gesehen und ist damit dem übergeordneten Ziel, gerecht geworden. Die Kolleg:innen der Ärzte- und Sportwissenschaft betonten ihr Vertrauen in die NP und ihre Tätigkeiten. Aus ärztlicher Sicht wird vor allem die Kontinuität in der Betreuung und Behandlung sowie die Entlastung der Ärzteschaft als positiv erlebt. Das Fachwissen und die Kompetenzen der NP wurden stetig erweitert, so dass die Übernahme von ärztlich delegierten Tätigkeiten als sinnvoll erachtet wird. Die NP ist nahe an den Patient:innen und verwendet ein für sie verständliches Vokabular.

#### **7.1.1. Feedbacks zum Projektverlauf**

Der Projektverlauf wurde insgesamt als sehr positiv erlebt. Die Kommunikation während der Projektphase geschah via E-Mail, Telefon und persönlichem Austausch, was von allen Stakeholdern geschätzt wurde. Die Projektdurchführung wurde gemäss Rückmeldungen gut aufgegleist sowie zielorientiert und effizient angegangen. Schriftliche Informationen zum Projektverlauf wurden nachvollziehbar und kontinuierlich kommuniziert. Als positiv wurde zudem das regelmässige Einholen von Rückmeldungen bei den verschiedenen Stakeholdern erlebt. Mit der ärztlichen Leitung wurde die Breite der Kompetenzen der NP immer wieder besprochen und wenn nötig neu ausgerichtet.

### 7.1.2. Verbesserungsbedarf

Mehrmals wurde rückgemeldet, dass die Menge an Arbeit für eine NP nicht ausgewogen war. So standen die vorhandenen personellen Ressourcen nicht immer in einem ausgewogenen Verhältnis mit dem Inhalt und der Menge an Arbeit. Ebenfalls besteht der Bedarf, die Telerehabilitation weiter auszubauen. Diese könnte als niederschwelliges Angebot genutzt werden, um die Langzeitadhärenz im Rahmen eines Follow-Ups durch die NP zu verbessern.

### 7.1.3. Erfahrungen der Patient:innen

Die Patient:innen konnten zum Abschluss der Rehabilitation mittels Zufriedenheitsfragebogen schriftliche Rückmeldung zu ihrer Rehabilitation geben. Mittels Likert-Skala (0-10 Punkte) wurde die Zufriedenheit zum Angebot der NP erfasst. Insgesamt war die Zufriedenheit mit den Tätigkeiten der NP hoch (maximal bei 10 Punkten, minimal bei 7 Punkten). Zusätzlich hatten die Patient:innen die Möglichkeit mittels Freitext eine Beurteilung des Angebots abzugeben. Auffallend war, dass die NP von einigen Patient:innen nicht als der Pflege zugehörig wahrgenommen wurde. Mehrmals wurde sie beispielsweise als Ärztin oder Physiotherapeutin angesprochen.

## **8. Diskussion und Zukunftsperspektive**

Als Reflexion der geleisteten Arbeit kann der Projektverlauf über die letzten 1.5 Jahre als sehr zeitintensiv genannt werden. Die Projektarbeit umfasste konzeptuelles Arbeiten, klinische Tätigkeiten im Rahmen der Pilotphase, Überdenken sowie Neudenken auf verschiedenen Ebenen. Die Implementierung einer NP Rolle verlangt eine Positionierung und eine Rollenfindung, bis diese vollumfänglich erfüllt werden kann. Die kontinuierliche Abholung von Meinungen, Überlegungen anderer Stakeholder und die interprofessionelle Zusammenarbeit sind Schlüsselemente für den Erfolg dieses Projektes.

Insgesamt kann gesagt werden, dass das übergeordnete Ziel nach Einschätzung der Projektgruppe, -leitung und den befragten Stakeholdern weitgehend erfolgreich umgesetzt werden konnte. Die NP steht als Ansprechperson während der kardialen Rehabilitation für die Patient:innen und deren Angehörige zur Verfügung. Das Teilziel, Mitglieder des Präventionsteams in die Aufgabenbereiche der kardialen Rehabilitation zu integrieren, wurde nur bedingt erreicht und wird nun als konkrete Massnahme in zeitnaher Zukunft (Herbst 2022) angegangen. Es ist geplant, dass die Pflegefachpersonen, welche Patient:innen für die Teilnahme am ambulanten Rehabilitationsprogramm rekrutieren, durch die NP für die Durchführung von Edu-

kationsberatungen befähigt werden und diese übernehmen können. Das ambulante kardiovaskuläre Rehabilitationsprogramm hat sich somit zu einem pflegegeleiteten Angebot entwickelt, welches nun seit Juni 2022 in den Normalbetrieb überführt werden konnte. Als Übertragung auf eine andere Patientenpopulation wird das Angebot ebenfalls für Patient:innen mit einer peripherer arterieller Verschlusskrankung und anderen Herzerkrankungen, welche am Rehabilitationsprogramm teilnehmen, gesehen, sobald die personellen Ressourcen ausgeweitet werden.

Erfreulicherweise kann als konkrete Zukunftsperspektive der Ausbau des Angebots durch die Genehmigung einer zweiten NP-Stelle genannt werden, damit alle Patient:innen vom selben Angebot gleichermassen betreut werden können. Die Genehmigung von zusätzlichen personellen Ressourcen trägt ebenfalls zur Nachhaltigkeit eines solchen Angebots deutlich bei. Durch die Genehmigung der zweiten NP-Stellen können aufgrund der erhöhten personellen Ressourcen nicht nur die Eintrittsuntersuchungen, sondern auch die Austrittsuntersuchungen durch NP's gewährleistet werden. Mit deren Übernahme werden dadurch erweiterte pflegerische Kompetenzen ausgeübt und zeigt sich als kosteneffizientes, innovatives und qualitativ hochstehendes Versorgungsmodell. Das ANP Angebot hat einen nachweisbaren Nutzen für die Patient:innen mit KHK sowie deren Angehörige, die am ausgebauten Rehabilitationsprogramm teilnehmen. Als innovatives Versorgungsmodell trägt die Entwicklung dieses ANP-Angebots zur Steigerung der Betreuungsqualität bei und hat einen hohen Stellenwert im Bereich der kardiovaskulären Prävention und Rehabilitation.

## 9. Referenzen

- Abel, T., & Bruhin, E. (2003). Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.* (p. S.128-131).
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corrà, U., Davos, C. H., Hansen, D., Frederix, I., Iliou, M. C., Pedretti, R. F. E., Schmid, J. P., Vigorito, C., Voller, H., Wilhelm, M., Piepoli, M. F., Bjarnason-Wehrens, B., Berger, T., Cohen-Solal, A., Cornelissen, V., Dendale, P., Doehner, W., ... Zwisler, A. D. O. (2020). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology.* <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing, 48*(5), 530–540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>
- CardioVasc Suisse. (2016). *Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten , Hirnschlag und Diabetes, 2017-2024.* 57 p.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. In *The Milbank Quarterly: Vol. Vol. 83* (Issue No. 4, pp. 691–729). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012132.pub2>
- Frederix, I., Dendale, P., & Schmid, J. P. (2017). Who needs secondary prevention? *European Journal of Preventive Cardiology, 24*(3), 8–13. <https://doi.org/10.1177/2047487317706112>
- Frederix, I., Vanhees, L., Dendale, P., & Goetschalckx, K. (2015). A review of telerehabilitation for cardiac patients. *Journal of Telemedicine and Telecare, 21*(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/1357633X14562732>
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: The psychology of “habit-formation” and general practice. In *British Journal of General Practice* (Vol. 62, Issue 605, pp. 664–666). <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Gasser, C., Röthlisberger, M., Kramis, K., & Lenz, F. (2018). Weiterführung Nationale Strategie gegen Krebs 2017-2020. *Bundesamt Für Gesundheit BAG*, 30.

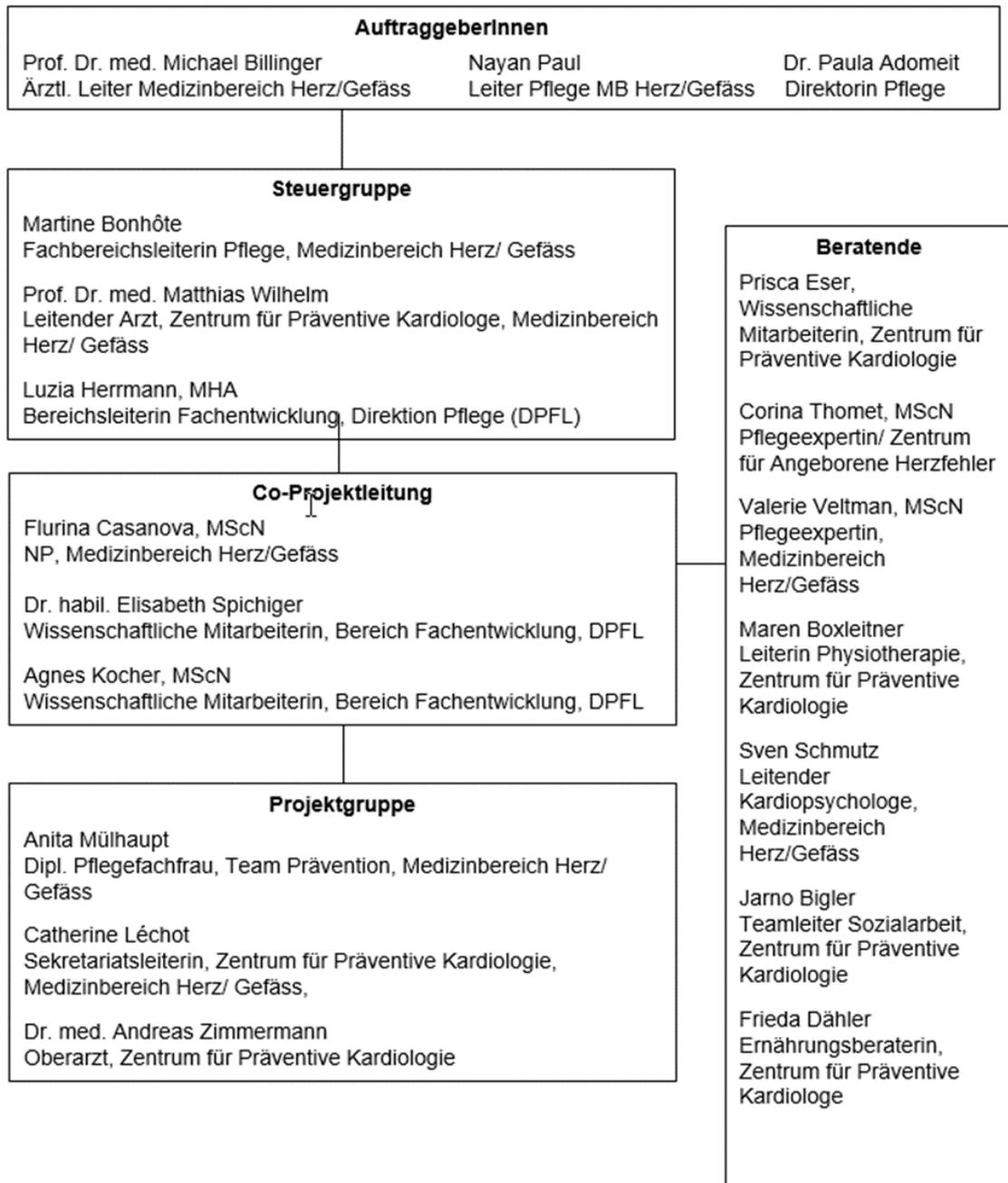
- Gonzalez-Jaramillo N, Marcin T, Matter S, et al.(2022). Clinical outcomes and cardiac rehabilitation in un-represented groups after percutaneous coronary intervention: an observational study. *Eur J Prev Cardiol*; 29: 1093-1103
- Herrmann, L., & Spichiger, E. (2021). *Konzept Advanced Nursing Practice (ANP) Advanced Therapy Practice (ATP) Insel Gruppe*.
- Schweizerische Herzstiftung, (2016). *Zahlen und Daten über Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Schweiz Schweizerische Herzstiftung*. [www.swissheart.ch](http://www.swissheart.ch)
- Huber, C. A., Meyer, M. R., Steffel, J., Blozik, E., Reich, O., & Rosemann, T. (2019). Post-myocardial Infarction (MI) Care: Medication Adherence for Secondary Prevention After MI in a Large Real-world Population. *Clinical Therapeutics*, 41(1), 107–117. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2018.11.012>
- Jin, K., Khonsari, S., Gallagher, R., Gallagher, P., Clark, A. M., Freedman, B., Briffa, T., Bauman, A., Redfern, J., & Neubeck, L. (2019). Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(4), 260–271. <https://doi.org/10.1177/1474515119826510>
- Keyserling, T. C., Sheridan, S. L., Draeger, L. B., Finkelstein, E. A., Gizlice, Z., Kruger, E., Johnston, L. F., Sloane, P. D., Samuel-Hodge, C., Evenson, K. R., Gross, M. D., Donahue, K. E., Pignone, M. P., Vu, M. B., Steinbacher, E. A., Weiner, B. J., Bangdiwala, S. I., & Ammerman, A. S. (2014). A Comparison of live counseling with a web-based lifestyle and medication intervention to reduce coronary heart disease risk: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(7), 1144–1157. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1984>
- Kickbusch, I., Maag, D., & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies. Background paper for Parallel Forum F6: Bad Gastein*.
- Levy, A. E., Huang, C., Huang, A., & Michael Ho, P. (2018). Recent Approaches to Improve Medication Adherence in Patients with Coronary Heart Disease: Progress Towards a Learning Healthcare System. In *Current Atherosclerosis Reports* (Vol. 20, Issue 1). Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11883-018-0707-0>

- Magnani, J. W., Mujahid, M. S., Aronow, H. D., Cené, C. W., Dickson, V. V., Havranek, E., Morgenstern, L. B., Paasche-Orlow, M. K., Pollak, A., & Willey, J. Z. (2018). Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. In *Circulation* (Vol. 138, Issue 2, pp. e48–e74). NLM (Medline). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579>
- Noonan, M. C., Wingham, J., & Taylor, R. S. (2018). “Who Cares?” the experiences of caregivers of adults living with heart failure, chronic obstructive pulmonary disease and coronary artery disease: A mixed methods systematic review. In *BMJ Open* (Vol. 8, Issue 7). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020927>
- Nord, J. W., Berry, A., Stults, B., Burningham, Z., Beddhu, S., & Sauer, B. C. (2017). Evaluation of the Effectiveness of a Patient Centered Educational Mailer Designed to Improve Statin Adherence: A Pragmatic Trial. *EGEMs (Generating Evidence & Methods to Improve Patient Outcomes)*, 4(1), 30. <https://doi.org/10.13063/2327-9214.1256>
- Pedersen, S. S., von Känel, R., Tully, P. J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3), 108–115. <https://doi.org/10.1177/2047487317703827>
- Pilgrim, T., & Windecker, S. (2015). *Akutes Koronarsyndrom*. abgerufen auf: [www.gracescore.org](http://www.gracescore.org)
- Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Liu, Z., West, R., Thompson, D. R., & Taylor, R. S. (2018). Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(3), 247–259. <https://doi.org/10.1177/2047487317739978>
- Scherrenberg, M., Wilhelm, M., Hansen, D., Völler, H., Cornelissen, V., Frederix, I., Kemps, H., & Dendale, P. (2020). The future is now: a call for action for cardiac telerehabilitation in the COVID-19 pandemic from the secondary prevention and rehabilitation section of the European Association of Preventive Cardiology. In *European Journal of Preventive Cardiology*. SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.1177/2047487320939671>
- Schwalm, J. D., Ivers, N. M., Natarajan, M. K., Taljaard, M., Rao-Melacini, P., Witteman, H. O.,

- Zwarenstein, M., & Grimshaw, J. M. (2015). Cluster randomized controlled trial of Delayed Educational Reminders for Long-term Medication Adherence in ST-Elevation Myocardial Infarction (DERLA-STEMI). *American Heart Journal*, 170(5), 903–913. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.014>
- Snoek JA, Prescott EI, van der Velde AE, et al (2020). Effectiveness of Home-Based Mobile Guided Cardiac Rehabilitation as Alternative Strategy for Nonparticipation in Clinic-Based Cardiac Rehabilitation Among Elderly Patients in Europe: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol*.
- Su, J. J., & Yu, D. S. F. (2019). Effectiveness of eHealth cardiac rehabilitation on health outcomes of coronary heart disease patients: A randomized controlled trial protocol. *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1262-5>
- Timmis, A., Townsend, N., Gale, C. P., Torbica, A., Lettino, M., Petersen, S. E., Mossialos, E. A., Maggioni, A. P., Kazakiewicz, D., May, H. T., De Smedt, D., Flather, M., Zuhlke, L., Beltrame, J. F., Huculeci, R., Tavazzi, L., Hindricks, G., Bax, J., Casadei, B., ... Bardin, I. (2020). European society of cardiology: Cardiovascular disease statistics 2019. *European Heart Journal*, 41(1), 12–85. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz859>
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. (2021). ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal* 2021.

## 10. Anhang

### 10.1. Anhang A



**10.2. Anhang B**

	2022														
	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Projektantrag durch Steuergruppe genehmigen lassen				X											
<b>Teilziel A: Während der Rehabilitation steht Patientinnen und Patienten mit KHK sowie ihren Angehörigen die NP kontinuierlich als Ansprechperson und Koordinatorin zwischen allen Schnittstellen zur Verfügung.</b>															
Infolyer mit Kontaktdaten und Erreichbarkeit der NP für Patientinnen/Patienten/Angehörige erstellen															
Herz-Reha-Telefon organisieren und Emailadresse zur Verfügung stellen															
Alle Schnittstellen mit Stakeholdern klären und Form der Zusammenarbeit definieren															
Raum für Telefonberatungen organisieren															
Das täglich eine Std verfügbare Herz-Reha-Telefon wird von der NP in der Pilotphase bedient, Emails werden beantwortet															
<b>Teilziel B: Die Gesundheitskompetenz (inklusive eHealthkompetenz) und der Bedarf an Unterstützung im Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten mit KHK und ihren Angehörigen werden erfasst und eine individuell angepasste Edukation bezüglich Krankheitsverständnis, Therapie und Sekundärprävention wird durchgeführt.</b>															
Vorhandene Literatur und Unterlagen zu PAEdU (Patienten- und Angehörigenedukation) sammeln und auswählen, was genutzt werden soll															
Leitfaden erstellen zur Erfassung von Gesundheitskompetenz (inklusive eHealthkompetenz) und Unterstützungsbedarf im Selbstmanagement (Pflegeassessment)															
Durchführung des Pflegeassessments organisieren (Möglichst früh im Rehabprogramm gekoppelt an die Pflegeberatung oder im Rahmen der Eintrittsuntersuchung)															
Pflegeassessment gemäss Plan während Pilotphase durchführen, im Ipdos dokumentieren und Erfahrungen mit den verschiedenen Durchführungszeitpunkten erfassen															
Dokument für den Patienten/die Patientin für individuellen Rehabilitationsplan erstellen															
Leitfaden für die Pflegeberatung erstellen, um mit dem Patienten/der Patientin Ziele und entsprechende individuelle Edukation, inklusive eHealth-Kompetenz, und deren Durchführung zu planen															
Individuelle Pflegeberatung während Pilotphase durchführen und im Ipdos dokumentieren															
Bei der Austrittsuntersuchung evaluiert die NP mit der Patientin/dem Patienten die individuelle Zielerreichung während der Rehabilitation, bespricht das weitere Vorgehen und erstellt dazu einen Massnahmenplan zuhanden der Patientin/des Patienten.															
Dokument für Massnahmenplan zum weiteren Vorgehen nach Abschluss der Rehabilitation für den Patienten/die Patientin erstellen															
<b>Teilziel C: Mit der ausgebauten Rehabilitation stehen Patientinnen und Patienten mit KHK multikomponente Rehabilitationsmassnahmen zur Verfügung, aus welchen ein bedarfsgerechtes, individuelles Programm zusammengestellt werden kann. Dieses soll vor Ort, in einer Hybridform oder nur digital angeboten werden.</b>															
Basierend auf Eintrittsuntersuchung, Pflegeassessment und Pflegeberatung organisiert die NP weitere interprofessionelle Rehabilitationsmassnahmen in der gewünschten Form.															
Die NP stellt sicher, dass Patientinnen/Patienten/Angehörige, welche die Hybrid- oder Telerehabilitation gewählt haben, über individuell geplante digitale Rehabilitationsmassnahmen informiert sind.															
Dokument für den Patienten/die Patientin erstellen mit Informationen zum Nutzen der digitalen Rehabilitationsmassnahmen (Login, Einrichtung Konto, Info zum Monitoring)															
- Soweit als möglich wird vom interprofessionellen Team Evita genutzt (z.B. für Videokonsultationen) - Soweit als möglich werden vom interprofessionellen Team alle Schulungsmaterialien auf der Patientenwebsite zur Verfügung gestellt															
Schulungsinhalte für die Patientenvorträge zu ärztlichen und pflegerischen Themen für eine interaktive Durchführung erstellen															
In Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team werden alle Schulungsinhalte interaktiv gestaltet															
Alle Schulungsinhalte werden in Zusammenarbeit mit dem interprofessionellen Team digital in einer interaktiven Form zur Verfügung gestellt.															
Die NP kontrolliert während der Pilotphase die Warnmeldungen vom Evitamonitoring, kontaktiert Patientinnen/Patienten nach Bedarf und leitet Massnahmen in Absprache mit OA ein.															
<b>Teilziel D: Während der Pilotphase wird geprüft, ob eine Übernahme von körperlichen Ein- und Austrittsuntersuchungen durch die NP sinnvoll und nachbar ist.</b>															
Fixe Zeitfenster für die Eintrittsuntersuchungen an denen die NP beteiligt ist während Pilotphase im RAP/Monatsplanung einplanen															
Pilotphase der Eintrittsuntersuchungen durchführen mittels Teaching der Ärzteschaft (Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG, Spiroergometrie; zuerst in der teilnehmenden Rolle, dann supervidiert durch den zuständigen OA)															
Reflexion Pilotphase und weitere Umsetzung mit Ärzteschaft definieren															
<b>Teilziel E: Um die Nachhaltigkeit des Angebots sicherzustellen, werden Mitglieder des Präventionsteams befähigt, bestimmte Aufgaben der NP in der kardialen Rehabilitation zu übernehmen sowie bei Abwesenheit die NP zu vertreten.</b>															
Präventionsteam informieren und den möglichen Einbezug klären															
Einsätze der Mitglieder planen und umsetzen															
Mitglieder in die Aufgaben einführen															
Aufgaben, welche das Präventionsteam übernehmen soll, definieren															
<b>Teilziel F: Das ANP Angebot hat einen nachweisbaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten mit KHK, die am ausgebauten Rehabilitationsprogramm teilnehmen, sowie ihre Angehörigen.</b>															
Evaluationsplan erstellen															
Evaluationsplan durch Steuergruppe genehmigen lassen															
Evaluationsdaten während der Pilotphase erfassen															
Evaluationsbericht zuhanden der Steuergruppe erstellen															
Evaluationsbericht durch Steuergruppe genehmigen lassen															
<b>Weitere Massnahmen</b>															
Konzept zum ANP Angebot für die Pilotphase erstellen															
Konzept für die Pilotphase durch die Steuergruppe genehmigen lassen															
Konzept nach der Pilotphase nach Bedarf anpassen															
Konzept für den Normalbetrieb durch die Steuergruppe genehmigen lassen															
Erweiterte Kompetenzen der NP mit dem leitenden Arzt und dem Chefarzt des Medizinbereichs Herz/Gefäss vereinbaren, im Zusatzblatt zur Stellenbeschreibung festhalten und vom Chefarzt unterschreiben lassen															
Schlussbericht zum Projekt erstellen															
Schlussbericht von der Steuergruppe genehmigen lassen															

- durchgeführte Vorbereitung
- geplante Vor- und Nachbereitung
- Pilotphase
- Durchführung von Massnahmen vor und nach der Pilotphase
- X Steuergruppen-Sitzung

### **10.3. Anhang C**

## **Leitfaden zur Pflegeberatung während der ambulanten kardialen Rehabilitation**

### **1. Ziele des Leitfadens**

Der Leitfaden definiert die Inhalte der Pflegeberatung im Rahmen der kardialen Rehabilitation am Zentrum für präventive Kardiologie.

### **2. Pflegeberatung als erweitertes Unterstützungsangebot:**

Mittels Pflegeberatung steht Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen ein erweitertes Unterstützungsangebot zur Verfügung. Jeder Patient und jede Patientin erhält möglichst innerhalb der ersten Woche nach Eintritt in die ambulante kardiale Rehabilitation eine Pflegeberatung durch eine Nurse Practitioner (NP) oder geschulte Pflegefachperson aus dem Präventionsteam. Die Pflegeberatung findet vor Ort oder (video-) telefonisch statt. Das Sekretariat der kardialen Rehabilitation schickt per Post ein Aufgebot. Darin ist festgehalten, dass die Angehörigen teilnehmen können.

### **3. Ziele der Pflegeberatung**

- Kontinuität im Behandlungspfad durch die NP als direkte Ansprechperson während den 12 Wochen Rehabilitation sichern
- Beziehung mit Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen aufbauen
- Sicherheit vermitteln
- Selbstmanagement fördern
- Therapieadhärenz erhöhen
- Symptommanagement und Lebensqualität verbessern
- Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit stärken

### **4. Zielgruppe für die Pflegeberatung**

Alle Patientinnen und Patienten, welche in die kardiale Rehabilitation am Inselspital eintreten, sowie deren Angehörige.

### **5. Ablauf der Pflegeberatung**

Die Pflegeberatung wird individuell dem Bedarf des Patienten/der Patientin angepasst und hat folgenden Ablauf:

- Einstieg: Nach Befinden des Patienten/der Patientin fragen
- Falls Eintrittsuntersuchung nicht durch NP:
  - Pflegeassessment durchführen (Link Pflegeassessment)
  - Flyer mit Kontaktdaten NP abgeben (Link Flyer) und informieren, dass sich Angehörige ebenfalls melden können
- Auf der Grundlage von Anamnesebogen, Pflegeassessment und Rehabilitationszielen mit dem Patienten/der Patientin Beratungs- und Schulungsthemen festlegen
- Zu den festgelegten Themen informieren und beraten
- Zu den festgelegten Themen schulen (auf der Grundlage des Edukationsmaterials der Schweizerischen Herzstiftung)
- Mit der Patientin/dem Patienten weitere interprofessionelle Unterstützung gemäss individuellen Rehabilitationszielen absprechen

- Mit der Patientin/dem Patienten weiteren Bedarf von Beratungen durch die NP absprechen und allenfalls nächsten Termin vereinbaren
- Pflegeberatung dokumentieren und weitere Massnahmen nach Bedarf interprofessionell koordinieren (Kardiopsychologie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung)

## **6. Inhalte**

Nachfolgend sind die hauptsächlichen Themen aufgelistet:

- Krankheitsverständnis
- Risikofaktoren: Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Diabetes mellitus, genetische Veranlagung, Stress, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie
- Besprechen von Motivation und Ressourcen für Lebensstiländerungen
- Unterstützung in der Umsetzung von Lebensstilveränderungen und Therapie
- Medikamente/Therapieadhärenz
- Angst/Depressivität
- Arbeitssituation
- Verändertes Körpergefühl und Unsicherheit bzgl. körperlicher Belastung
- Sorgen von Angehörigen

## **7. Rhythmus der Pflegeberatung**

- 
- In der ersten Pflegeberatung wird gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin entschieden, ob weitere Beratungen stattfinden sollen. Es bestehen zwei Möglichkeiten:
- - Proaktives Melden durch Patient/Patientin bei Bedarf via Email oder Herzreha-Telefon
  - Terminvereinbarung für Folgeberatung vor Ort oder (video-)telefonisch.