

# **Selbstmanagementförderung bei Menschen mit peripherer arterieller Verschlusskrankheit im Stadium II nach Fontaine bezüglich der Mobilisation**

**Eine Systematische Literaturlarbeit**

**Zusammenfassung der Bachelorthelisis**

**Autorin:** Daniela Kastl

**Referent:** Prof. Dr. Jürgen Härlein

Evangelische Hochschule Nürnberg

Studiengang Health: Angewandte Pflegewissenschaften (Bachelor of Science)

Zusammenfassung erstellt: Nürnberg, den 19.01.2017

## Einleitung

In den westlichen Ländern sind Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems für mehr als die Hälfte der Todesfälle verantwortlich (WHO1, 2014). Laut Angaben des Statistischen Bundesamts Deutschland waren kardiovaskuläre Erkrankungen mit einem Anteil von circa 40% die häufigsten Todesursachen im Jahr 2013. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine chronische Erkrankung des Gefäßsystems und eine Erscheinungsform der Arteriosklerose. Internationalen Schätzungen ist zu entnehmen, dass die pAVK die am häufigsten auftretende arterielle Gefäßerkrankung ist und 10% der gesamten Bevölkerung betrifft (S1-S2-Leitlinien der DGG 2008). Die Häufigkeit des Auftretens steigt mit dem Alter an (Norgren et al. 2007).

Zwei Drittel aller Menschen mit pAVK haben keine oder atypische Symptome (NICE 2015). Das primäre Symptom ist die Claudicatio intermittens. Die Schwere der Symptome variiert, je nach Stadium der Erkrankung. International wird die Rutherford-Klassifikation (Rutherford & Becker 1991) verwendet (SIGN 2006). Im deutsch-sprachigen Raum erfolgt die klinische Einteilung der pAVK nach der Stadien-Einteilung von Fontaine. Claudicatio ist schmerzbedingt die Ursache für die eingeschränkte Gehfähigkeit von Patienten mit pAVK Stadium II nach Fontaine, die in dieser Arbeit untersucht wird. Schätzungsweise wird die Gehleistung der Betroffenen im Vergleich zur der von Menschen in gleichem Alter bis zu 50% eingeschränkt sein (Regensteiner et al. 2008). In Populations-Screening-Studien wurde festgestellt, dass zwischen 10% und 50% der Patienten mit Claudicatio noch nie einen Arzt konsultiert haben (vgl. Norgren et al. 2007).

Internationalen Leitlinien zufolge ist das Management von pAVK-Patienten dichotom zu betrachten: Basistherapie (Behandlung von Risikofaktoren) und spezielle Therapie (Gehtraining, vasoaktive Medikamente und Revaskularisation). Die Hauptrisikofaktoren sind hierbei Diabetes mellitus, Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung und Hypercholesterinämie (Fokkenrood et al. 2013).

Die weitere Behandlung pAVK ist stadienabhängig (Renz-Polster & Krautzig, 2008, S. 219). Aus diesen Gründen wurden international verschiedene Schulungs- und Betreuungsmodelle für Patienten mit Gefäßerkrankungen entwickelt. Die Programme werden von speziell geschultem Pflegepersonal oder Physiotherapeuten angeboten. Dieses Angebot ist jedoch, im Vergleich zu den Programmen für Patienten mit koronaren arteriellen Gefäßerkrankungen, auf europäischer Ebene nicht ausreichend dargestellt (Sillensen et al. 2006, Makris et al. 2012). Angesichts der steigenden Lebenserwartung und des somit höheren Lebensalters nimmt die Versorgung von Patienten mit Gefäßerkrankungen, aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, eine besonders große Bedeutung ein (Kühnl et al. 2015, S.206). Gleichzeitig steigen auch die Anforderungen an die Pflege.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit soll eine Übersicht über aktuelle empirische Studien im Zusammenhang mit der Verbesserung der Gehleistung bei Patienten mit pAVK erstellt werden, welche die Gehleistung bei PAVK-Patienten im Stadium II nach Fontaine verbessern. Ein weiteres Ziel ist es, die Rolle der professionell Pflegenden als kompetente Berater herauszufinden und zu eruieren.

Folgende Forschungsfragen wurden formuliert: Welches Trainingsprogramm wird empfohlen, um eine Verbesserung der Gehfähigkeit bei pAVK Patienten, im Stadium II nach Fontaine, zu erreichen? Welchen Stellenwert hat die pflegerische Beratung dabei? Haben die pflegerischen Interventionen einen effektiven Einfluss auf das Outcome<sup>5</sup> von Patienten mit pAVK im Stadium II nach Fontaine?

## Methodik

Um die Forschungsfragen zu beantworten wurde eine systematische Literaturrecherche, von September bis Oktober 2015, in den Datenbanken CINAHL, Cochrane Librabry. Medline (via: Pub Med) und Google Scholar sowie in Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung durchgeführt. Gesucht wurde nach Trainingsprogrammen für Patienten mit pAVK in Stadium II nach Fontaine, sowie nach Betreuungsprogrammen, die von professionell Pflegenden durchgeführt wurden.

**Einschlusskriterien:** Randomisiert kontrollierte Studien, systematische Reviews sowie prospektiv Studien mit Kontrollgruppe (Regelversorgung oder anderen Trainingsprogrammen), Claudicatio mit  $ABI < 0,9$  bei Patienten ohne schwere Begleiterkrankungen, mindestens 2 Wochen Trainingsprogramm, Drop-out Rate  $\leq 30\%$ .

**Outcomes** bildeten die Parameter der Leistungsfähigkeit wie schmerzfreie Gehstrecke und schmerzfreie Gehzeit, Laufbandtest, ABI, Lebensqualität und Therapieadhärenz.

**Suchwörter:** Leitlinie, pAVK, Selbst-management, Selbstwirksamkeit, practice guidelines, peripheral arterial disease (PAD), therapeutic exercise, walking, training, mobility, activity, self-care, self-efficacy, intermittent claudication, exercises, health behavior, patient education, life-style support, nursing, multidisciplinary care, nurse-led, counseling.

Es wurden überwiegend die Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ sowie Trunkierung verwendet. Diese wurden ergänzt mit einer sensitiven Suchstrategie zur Identifikation von RCT's und systematischen Reviews bzw. Metaanalysen.

Für die Bewertung der eingeschlossenen Studien wurden die Kriterien für RCT's und Übersichtsarbeiten/Metaanalysen von Behrens und Langer (2010, S. 270 ff) verwendet. Für die zusammenfassende Beurteilung der RCT's wurde der Jadad Score berechnet.

Um aktuelle Statistiken verwenden zu können, wurden elektronische Quellen abgerufen. Als graue Literatur wurde nur die Masterarbeit von Mc Lennan, SR (2015) verwendet.

## Ergebnisse/Darstellung der Resultate aus den Studien

Die Recherche ergab insgesamt 1119 Artikel als potenziell relevante Treffer. Nach Entfernung von Duplikaten und Abweichungen hinsichtlich der Einschlusskriterien und der Fragestellung verblieben 75 Studien, die in die Vorauswahl aufgenommen wurden. Schließlich entsprachen 16 Studien den Einschlusskriterien, die für die Beantwortung der Fragestellung hinzugezogen wurden.

Die vorliegende Literaturrecherche zeigt, dass aktuelle nationale und internationale Leitlinien **Trainingsprogramme** zur Verbesserung der Gehzeit und Gehstrecke, insbesondere kontrolliertes Gehtraining (SET oder SEP) empfehlen. Der Trainingsverlauf wurde an die physischen Ressourcen der pAVK Patienten angepasst.

Die Eingangswerte wurden durch standardisierte Messinstrumente wie Laufbandergometrie oder 6-MWT ermittelt. Der Trainingserfolg wurde anhand der Outcomes maximale Gehstrecke, maximale Gehzeit, körperliche Leistung und Lebensqualität dokumentiert. Im Gesamtverlauf der Interventionen verzeichneten alle Parameter eine positive Entwicklung, jedoch in unterschiedliche Ausprägung.

Die Studienlage zu den Interventionen stellte sich insgesamt als heterogen dar. Es sind unterschiedliche Abläufe, Dauer und Intensität der Interventionen beschrieben. Die untersuchten Studien zeigen, dass verschiedene Trainingsprogramme grundsätzlich zur Erhaltung und Förderung der Mobilität bei pAVK-Patienten geeignet sind. Einige Studien lassen jedoch moderate Effekte erkennen.

Die Interventionen variieren von überwachtem Gehtraining bis zu Polestriding, Fahrrad-Laufband - oder Armergometer, sowie Ausdauer- und Krafttraining oder plantarer Flexion. Als am häufigsten angewendetes Trainingsprogramm wurde das Gehtraining, meistens als intermittierendes überwachtes Laufbandtraining beschrieben (Gardner et al. 2011 und 2012, Treat-Jakobson et al. 2009, Sanderson et al. 2006). Überwachtes Gehtraining wird als der Goldstandard zur Behandlung von Patienten mit PAVK beschrieben (Mays, Regensteiner 2013, Parmenter et al. 2014). Die TASC II sowie SIGN Leitlinien nennen dafür die Klasse I Evidenz-Empfehlung. Die Übungen wurden durch qualifiziertes Pflegepersonal oder Physiotherapeuten durchgeführt, in einen Zeitraum von 2 bis 24 Wochen.

**Die Pflegeinterventionen** haben sich an den Empfehlungen zu den ACC/AHA- und TASC II - Leitlinien orientiert und wurden von „nurses“ und „vascular nurses“ in einem multidisziplinären Team angeboten. Das Thema der interprofessionellen Kooperation wurde in den untersuchten Studien nicht explizit behandelt. Dennoch erfordert die komplexe, langfristige Behandlung von Patienten mit pAVK eine multidisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Berufsgruppen und ein theoriebasierendes Schulungsprogramm.

In den eingeschlossenen Studien war die Schulung und die Nachsorge durch professionell Pflegende ein Bestandteil von „Chronic Disease Self Management“ Programmen.

Die Programme beinhalten Aspekte der Selbstversorgung bezüglich Medikation, Lebensstiländerung und Steigerung der körperlichen Aktivität (Sol et al. (2007).

Es gab keine Interventionsstudie zur Evaluation solcher Edukationsprogramme im stationären Setting. Die beschriebenen Interventionen finden in Gefäßambulanzen statt, die von speziell ausgebildeten Pflegenden, unter der Betreuung oder Leitung eines Gefäßchirurgen durchgeführt werden. Im Rahmen von einem schriftlich festgelegten Behandlungsleitfaden sind diese Pflegekräfte dazu berechtigt, Veränderungen der Medikation vorzunehmen, analog den Veränderungen, welche die Patienten selbst durchführen können.

Die Voraussetzung war die Fähigkeit der Pflegekräfte, präventive Maßnahmen, wie Informationen über Verhaltensänderung mit Betonung auf Raucherkarenz, Mobilitätsförderung und Essgewohnheiten, sowie Behandlung zu unterbreiten (Silensen et al. 2007).

## **Diskussion und Fazit**

Trotz der vielfältigen Studienlage, lässt sich aus den vorliegenden Forschungsergebnissen nicht eindeutig eine ausreichende Erkenntnis über eine langfristige, klinische Wirksamkeit von überwachten Trainingsprogrammen ableiten. Demnach kam heraus, dass die Teilnahme an überwachten Trainingsprogrammen, sowie körperliche Aktivität, zu Verbesserungen der Symptome und der Leistungsfähigkeit bei Menschen mit Claudicatio führen können.

Die untersuchten Studien ergeben für Edukationsprogramme, die von professionell Pflegenden im ambulanten Bereich durchgeführt sind, verschiedene Hinweise auf Wirksamkeit.

Um den Einsatz des überwachten, strukturierten Trainingsprogramms in Deutschland in der Praxis zu implementieren, sind speziell ausgebildete Physiotherapeuten (Gefäßtrainer), spezialisiertes Pflegepersonal, sowie begleitende Schulungsprogramme über den Krankenhausaufenthalt hinaus, nötig. Hausärzte und niedergelassene Gefäßchirurgen können nach SGB V einen Schulungsbedarf veranlassen.

Eine Spezialisierung kann als Chance für die Professionalisierung der Pflege in Deutschland gesehen werden, oder vielmehr als Mittel, um gesetzlichen Forderungen (Heilkundeübertragungsrichtlinie) zu entsprechen. Dies betrifft die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten an Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung der Heilkunde (§ 63. Abs. 3 c SGB V, 2011).

Es besteht dennoch insbesondere Bedarf an methodisch aussagekräftigen Forschungsarbeiten, um die Auswirkungen von sekundären Präventionsprogrammen für pAVK Patienten im Stadium II nach Fontaine mit Schwerpunkt auf Compliance beziehungsweise Therapieadhärenz der Patienten zu untersuchen.