

Self-management of Chronic Wounds:

Strategies for healthcare professionals to support patients

Autogestion des plaies chroniques :

stratégies de soutien des patients pour les
professionnels de la santé

PRESENTER /
PRÉSENTATEUR :

PATRICK MCGOWAN
PHD

Introduction

During this session, attendees learned the following principles of self-management support (SMS) with respect to chronic wounds: rationale and justification for self-management; the "5 A's" conceptual framework for delivering self-management support; how to apply self-management support strategies in clinical settings; and handy tools to assist when using self-management support strategies.

Self-management support – The 5 "A's"

Figure 1 depicts a chronic care model that is used to plan and evaluate care and management for patients with chronic health conditions, and one of its main components is SMS. The interaction between healthcare professionals and patients, noted McGowan, is crucial: "If we're prepared and proactive, then we'll have better functional outcomes."

McGowan defined self-management as the following:

The tasks that individuals must undertake to live well with one or more chronic conditions. These tasks include having the confidence to deal with medical management, role management and emotional management of their conditions.

He further clarified that only patients engage in self-management; healthcare professionals are involved through self-management support, which is defined as the following:

Introduction

Au cours de la séance, les participants ont appris les principes suivants du soutien de l'autogestion des plaies chroniques : fondement et justification de l'autogestion; cadre conceptuel des cinq piliers du soutien de l'autogestion; application des stratégies de soutien de l'autogestion en milieu clinique; et outils pratiques pour la mise en application des stratégies de soutien de l'autogestion.

Les cinq piliers du soutien de l'autogestion

La figure 1 présente un modèle de soins chroniques utilisé pour planifier et évaluer les soins et la gestion chez les patients qui souffrent d'un problème de santé chronique, dont un des principaux éléments est le soutien de l'autogestion. Selon monsieur McGowan, l'interaction entre les professionnels de la santé et les patients est de toute première importance : « Quand on est préparé et proactif, on obtient de meilleurs résultats fonctionnels. »

Monsieur McGowan définit l'autogestion comme suit :

Mesures qu'une personne prend pour mieux vivre avec un ou plusieurs troubles chroniques, entre autres pour avoir la confiance voulue pour assumer la gestion médicale, la gestion des rôles et la gestion affective de ses troubles de santé.

Il a précisé que les patients sont entièrement responsables de l'autogestion. Le rôle des professionnels de

Patrick McGowan is an associate professor with the University of Victoria's Centre on Aging in Victoria, British Columbia.

Patrick McGowan est professeur agrégé au Centre de recherche sur le vieillissement de l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique.

The systematic provision of education and supportive interventions by healthcare staff to increase patients' skills and confidence in managing their health problems, including regular assessment of progress and problems, goal setting, and problem-solving support.

McGowan offered a few considerations regarding self-management:^{1,2}

- Clinicians are present for only a fraction of the patient's life; indeed, over the course of a year, a clinician spends between 3 and 5 hours with a chronic disease patient.
- Motivation is not enough; people also require self-confidence, as well as certain skills that can be modelled and taught.
- Nearly all outcomes are mediated through the patient's behaviour, i.e. much of what happens depends on what that person does when they leave the clinician's office and are coping in the real world.

Essential elements of self-management include the following:

- Both parties – patient and healthcare professional – should be considered to be experts.
- Information exchange should be two-way.
- Both parties should state preferences; however, there must be consensus to decide treatment.
- The relationship must be collaborative.

FIGURE 1

Framework for prevention and management of chronic disease

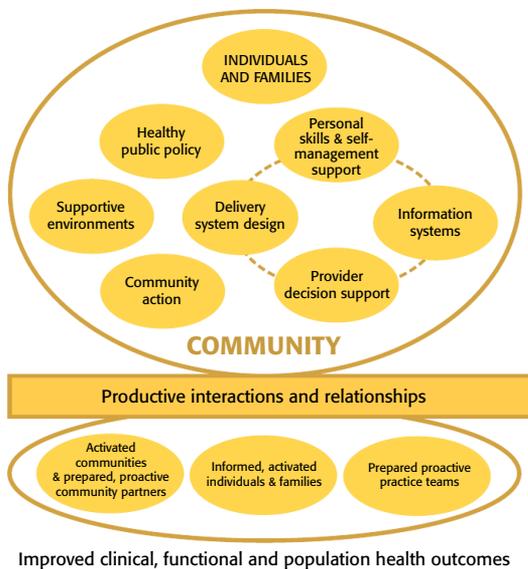


FIGURE 1

Cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques



la santé se limite au soutien de l'autogestion, laquelle est définie comme suit :

Prestation systématique par des travailleurs de la santé d'interventions qui visent à éduquer et à soutenir les patients afin qu'ils aient les compétences et la confiance voulues pour gérer leurs problèmes de santé, interventions qui comprennent l'évaluation régulière des progrès et des problèmes, l'établissement d'objectifs et le soutien de la résolution des problèmes.

Monsieur McGowan a fait les quelques observations suivantes sur l'autogestion^{1,2} :

- Le clinicien passe très peu de temps avec le patient : en effet, pendant une année, le clinicien ne passe que 3 à 5 heures avec un patient qui souffre d'une maladie chronique.
- À elle seule, la motivation ne suffit pas; les gens doivent aussi avoir confiance en eux et posséder certaines compétences qu'on peut modéliser et enseigner.
- Presque tous les résultats dépendent du comportement du patient, c'est-à-dire que le devenir du patient dépend de ce qu'il fait une fois qu'il quitte le cabinet du médecin et de la façon dont il se débrouille au quotidien.

Les aspects essentiels de l'autogestion sont les suivants :

- Les deux intervenants – soit le patient et le professionnel de la santé – doivent être considérés comme des experts.

One approach to self-management education is the “5 A’s,” which consist of the following: assess, advise, agree, assist and arrange.

The recent Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) clinical best practice guidelines entitled *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients* recommends the use of the “5 A’s” model.³ McGowan noted that this model incorporates the best evidence, is used in many clinical settings and has been shown to be an accepted framework for self-management in people with chronic health conditions.

Assess

An important component of establishing rapport is to assess and address distress, such as feelings of anger and frustration related to coping with and caring for a chronic illness.

Healthcare professionals should ask about and assess behavioural health risks and factors affecting patients’ choice of behaviour change goals and methods. The following open-ended questions and statements are useful in conducting an assessment:

- What are the biggest problems you’re having?
- Tell me about a typical day.
- What else is happening in your life?

According to the RNAO guidelines, establishing rapport with patients ensures that they have adequate opportunities to express their priority concerns.³ As well, setting a visit agenda with the patient ensures that both the health professional’s and patient’s concerns are addressed in the visit.

Traditional approaches to patient education assume that patients are ready to change.⁴ However, noted McGowan, in reality, only a minority of patients are ready to change their behaviour at any one time.⁵

Thus, it is crucial that healthcare professionals determine how ready their patient is to make a change, and a number of strategies are available to achieve this. One such strategy is the “readiness to change” model (Figure 2).⁶ Readiness to change refers

FIGURE 2

Readiness to change model⁶

A Small action plans	B Affirm progress and plan for relapse
C Provide information	D Explore pros and cons of change

FIGURE 2

Modèle de l’empressement à changer⁶

A Petits plans d’action	B Reconnaître les progrès et se préparer en cas de reprise des anciens comportements
C Donner des renseignements	D Examiner les pour et les contre du changement

- L’échange d’information doit être bidirectionnel.
- Les deux intervenants doivent préciser leurs préférences, mais la décision concernant le traitement doit faire l’objet d’un consensus.
- La relation doit être axée sur la collaboration.

Une des démarches en matière d’éducation sur l’autogestion s’appuie sur les cinq piliers suivants : évaluation, counseling, entente, assistance et planification.

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires énoncées récemment par l’Association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario (RNAO), intitulées *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients*, préconisent l’utilisation du modèle des cinq piliers³. Monsieur McGowan a fait remarquer que ce modèle s’appuie sur les meilleures données probantes, qu’il est utilisé dans de nombreux milieux cliniques et qu’on a montré que c’était un cadre reconnu pour l’autogestion chez les personnes atteintes de troubles de santé chroniques.

Évaluation

Un des aspects importants de l’établissement d’un bon rapport avec le patient est l’évaluation et le soulagement de l’anxiété, dont les sentiments de colère et de frustration engendrés par l’adaptation à une maladie chronique et les soins qu’elle exige.

Les professionnels de la santé doivent déterminer et évaluer les risques pour la santé et facteurs liés au comportement qui influent sur les choix du patient en ce qui a trait aux objectifs et aux méthodes de modification du comportement. Les questions ouvertes ci-dessous sont utiles pour l’évaluation.

- Quels sont vos plus gros problèmes?
- Décrivez-moi une journée typique.
- Qu’est-ce qui se passe dans votre vie?

Selon les lignes directrices de la RNAO, en établissant un bon rapport avec le patient, on s’assure que celui-ci a toutes les occasions voulues pour exprimer ses principales préoccupations³. Par ailleurs, en détermi-

A Complete Solution for Venous Leg Ulcers

Advanced Wound Care

Compression Therapy

85% healing success*

Cutimed® Sorbact®
Cutimed® Siltec®
JOBST® Comprifore
JOBST® UlcerCARE™

A European case study of BSN medical showed that the combination of Advanced Wound Care and Compression Therapy significantly improved 85 % of venous leg ulcers and completely healed 53 % of all cases within 12 weeks.* With its four products, BSN medical enables effective management of venous leg ulcers while offering ease of use for clinicians and patients.

* For more information: A European Approach for Successful Venous Leg Ulcer Healing (VERUM).

BSNmedical

Customer Service 1-877-978-5526
www.bsnmedical.ca

*One approach to self-management education
is the “5 A’s:” Assess, advise, agree, assist and arrange.*

to how prepared individuals are to make changes to their behaviour. Interventions guided by this theory focus on individuals’ motivation to change; these approaches must be adapted according to differences in participants’ motivation to change a behaviour. Assessing the patient’s readiness to make a behaviour change helps the health professional to use an appropriate behaviour change strategy with the patient.

Advise

The second step of the “5 A’s” – advise – involves offering clear, specific and personalized behaviour change advice, including information about personal health harms and benefits. Personally relevant, specific recommendations for behaviour change should be provided.

Two strategies are useful during this step of self-management education: “ask-tell-ask” and “closing the loop.” The “ask-tell-ask” strategy is a technique to ensure patients receive the information they have requested. In this technique, reflective listening and positive affirmations are used to help clients identify their own health goals, and the discrepancies in the behaviour that influence the achievement of these goals.

“Closing the loop” is a technique to assess a patient’s understanding of what has been explained to them, and involves the healthcare provider asking their patient to repeat back information provided to ensure that they understand what had been said.

Agree

The third step – agree – involves interaction between the healthcare professional and patient to collaboratively select appropriate treatment goals and methods based on the patient’s interest in changing their behaviour, and their willingness to do so.

This involves: a) setting a goal; b) developing an action plan; and c) following up. Indeed, teaching patients how to make an action plan helps patients start and maintain a behaviour, while follow-up on the action plan facilitates the success of the plan itself.

In this phase of self-management education, patient self-efficacy will be a prominent feature: McGowan noted that it affects every phase of health behaviour change, including:

- whether one even considers changing a health behaviour;
- how much one benefits from the changed behaviour;

nant avec le patient le programme de la consultation, on s’assure que les préoccupations du professionnel de la santé et celles du patient seront prises en compte au cours de la consultation.

Les démarches traditionnelles d’éducation des patients supposent que les patients sont disposés à changer⁴. Toutefois, selon monsieur McGowan, la réalité est tout autre, un très petit nombre de patients étant prêts à modifier leur comportement⁵.

Il est donc très important que le professionnel de la santé détermine dans quelle mesure son patient est disposé à changer. Pour y parvenir, il peut utiliser diverses stratégies, entre autres celle fondée sur le modèle de « l’empressement à changer » (figure 2)⁶, lequel permet de déterminer dans quelle mesure le patient est prêt à modifier son comportement. Les interventions qui s’appuient sur ce modèle mettent l’accent sur la motivation du patient à changer son comportement et doivent être adaptées en fonction des différences de degré de motivation entre les participants. L’évaluation de l’empressement du patient à modifier son comportement aide le professionnel de la santé à utiliser une bonne stratégie de modification du comportement chez ce patient.

Counseling

Le deuxième des cinq piliers du soutien de l’autogestion consiste à donner au patient des conseils clairs, précis et personnalisés sur la modification du comportement, dont des renseignements sur les méfaits et les avantages pour la santé. Il faut faire au patient des recommandations spécifiques, pertinentes et adaptées à sa situation sur la modification de son comportement.

Deux stratégies sont utiles au cours de cette étape de l’éducation sur l’autogestion : « demander-dire-demander » et « boucler la boucle ». La stratégie « demander-dire-demander » permet de s’assurer que le patient a obtenu les renseignements demandés. Elle consiste à utiliser la reformulation et les affirmations positives pour aider le patient à fixer ses propres objectifs en matière de santé et à cerner les lacunes comportementales qui nuisent à l’atteinte de ces objectifs.

La technique « boucler la boucle » permet d’évaluer la mesure dans laquelle le patient a compris ce qui lui a été expliqué. Pour ce faire, le professionnel de la santé demande au patient de lui répéter les renseignements qu’il lui a donnés.

Entente

Le troisième pilier du soutien de l’autogestion exige une collaboration entre le professionnel de la santé et le patient pour le choix d’objectifs et de méthodes de

- how well one maintains the change achieved; and
- how vulnerable one is to relapse.

Assist

The fourth A – assist – refers to caregiver activities that address barriers to change, increase patients' motivation and self-help skills, and help the person secure the needed supports for successful behaviour change. This includes such activities as:

- reviewing goals and action plans;
- teaching self-monitoring and problem-solving skills; and
- linking patients to community resources (e.g. the community chronic disease self-management program).

The steps involved are as follows:

1. Have the patient identify a problem.
2. List ideas that could solve the problem.
3. Select one idea to try.
4. Assess the results.
5. Substitute another idea if needed.
6. Utilize other resources.
7. If multiple ideas are not successful in changing the behaviour, accept that the problem may not be solvable now.

Arrange

The fifth A – arrange – involves scheduling follow-up contacts (in person or by telephone) to provide ongoing assistance and support, and to adjust the treatment plan as needed; this includes referral to more intensive or specialized treatment if needed.

With respect to follow-up, McGowan noted that regular and sustained follow-up is crucial for the success of goal-setting and action-planning. It should also include problem-solving regarding any barriers to goal achievement.

A crucial component of follow-up is planned chronic care visits, in which the only agenda topic is the patient's chronic condition. Planned visits are essential to help people to adopt healthy behaviours; as well, noted McGowan, they are an antidote to the "tyranny of the urgent," i.e. acute issues crowding out chronic care management. Follow-up visits can be planned with doctors, nurses, pharmacists, educators or nutritionists, as needed and appropriate, and can be conducted in a group context or individually with one patient.

Guidelines for group visits include the following: Obtain patient consent; engage the group to find solutions or answer questions; use simple charts; brainstorm solutions with the whole group; and limit the time you spend talking, so that participants can express themselves appropriately. ☺

Une des démarches en matière d'éducation sur l'autogestion s'appuie sur les cinq piliers suivants : évaluation, counseling, entente, assistance et planification.

traitement convenables et fondés sur l'intérêt et l'empressement du patient à l'égard de la modification de son comportement.

Le pilier « entente » consiste à : a) fixer un objectif; b) élaborer un plan d'action; et c) faire un suivi. En apprenant au patient à élaborer un plan d'action, on l'aide à adopter et à maintenir un comportement; le suivi du plan d'action contribue au succès du plan.

L'auto-efficacité du patient est un élément essentiel de cette phase de l'éducation sur l'autogestion. Monsieur McGowan a observé que l'auto-efficacité influe sur toutes les phases de la modification du comportement lié à la santé :

- le désir de la personne de modifier un comportement lié à la santé;
- l'importance des avantages de la modification du comportement;
- la mesure dans laquelle le patient maintient le nouveau comportement; et
- le risque de reprise de l'ancien comportement.

Assistance

Le quatrième pilier du soutien de l'autogestion porte sur les activités du fournisseur de soins qui visent à surmonter les obstacles au changement et à accroître la motivation du patient, à améliorer son autonomie et à l'aider à obtenir le soutien dont il a besoin pour réussir à modifier son comportement. Ces activités comprennent les suivantes :

- passer en revue les objectifs et plans d'action;
- enseigner au patient à pratiquer l'auto-surveillance et à résoudre les problèmes; et
- renseigner le patient sur les ressources offertes à l'échelle communautaire (p. ex. le programme communautaire d'autogestion des maladies chroniques).

Les étapes à suivre sont comme suit.

1. Demander au patient de cerner un problème.
2. Dresser la liste des solutions possibles.
3. Choisir une solution et en faire l'essai.
4. Évaluer les résultats.
5. Remplacer la solution par une autre au besoin.
6. Utiliser d'autres ressources.
7. Si l'essai de plusieurs solutions ne permet pas de modifier le comportement, accepter qu'il puisse être impossible de résoudre le problème pour l'instant.

References

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177-187.
2. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469-2475.
3. Registered Nurses' Association of Ontario. *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2010.
4. Edwards L, Jones H, Belton A. The Canadian experience in the development of a continuing education program for diabetes educators based on the transtheoretical model of behavior change. *Diabetes Spectrum.* 1999;12:157-160.
5. Jones H, Edwards L, Vallis TM, et al. Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control: The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care.* 2003;26:732-737.
6. Keller VF, White MK. Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *J Clin Outcomes Manag.* 1997;4:33-36.

Enrol Now!

Workshop on the Prevention and Management of Diabetic Foot Complications

Friday, May 31, 2013 · Sheraton Centre Toronto

Presented by



Diabetic Foot Canada



A new initiative led by the Canadian Association of Wound Care:
A one-day, highly interactive symposium.

WHY ATTEND?

- Learn from an interdisciplinary **panel of experts**
- **Network** with colleagues
- Get **practical tips** on prevention and management of Diabetic Foot complications
- Learn new skills through **hands-on experience**
- Find out about **new products and services**

WHO SHOULD ATTEND?

- Physicians, nurses, chiropodists/podiatrists, pedorthists, pharmacists, diabetes educators, physiotherapists and occupational therapists

Visit www.cawc.net for more information and online registration.

Canadian Association of Wound Care
Association canadienne du soin des plaies

Planification

Le cinquième pilier du soutien de l'autogestion consiste à déterminer les dates auxquelles le professionnel de la santé rencontrera le patient ou lui téléphonera pour lui donner l'aide et le soutien voulus et pour modifier le plan de traitement au besoin, entre autres orienter le patient vers un traitement plus intensif ou plus spécialisé si nécessaire.

Monsieur McGowan a fait remarquer qu'un suivi régulier et soutenu est essentiel au succès de la détermination des objectifs et de l'établissement d'un plan d'action. Le suivi permet aussi de régler tout problème qui nuit à l'atteinte des objectifs.

La planification de consultations axées uniquement sur les soins de la maladie chronique est un des aspects fondamentaux du suivi. Ces consultations sont essentielles pour aider le patient à adopter des comportements sains et, comme l'a fait remarquer monsieur McGowan, elles sont l'antidote à la « tyrannie de l'urgence », soit les problèmes urgents qui nuisent à la gestion des soins chroniques. On peut planifier des consultations de suivi avec un médecin, une infirmière, un pharmacien, un éducateur ou un nutritionniste, selon les besoins du patient, et ces consultations peuvent être individuelles ou non.

Voici comment procéder pour les consultations de groupe : obtenir le consentement des patients; mettre les participants à contribution pour trouver des solutions ou répondre aux questions; utiliser des tableaux simples; trouver des solutions avec l'ensemble du groupe; et ne pas trop parler pour permettre aux participants de s'exprimer. 🗣️

Références

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, . Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177-187.
2. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288:2469-2475.
3. Registered Nurses' Association of Ontario. *Strategies to Support Self-Management in Chronic Conditions: Collaboration with Clients.* Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario; 2010.
4. Edwards L, Jones H, Belton A. The Canadian experience in the development of a continuing education program for diabetes educators based on the transtheoretical model of behavior change. *Diabetes Spectrum.* 1999;12:157-160.
5. Jones H, Edwards L, Vallis TM, et al. Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control: The Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care.* 2003;26:732-737.
6. Keller VF, White MK. Choices and changes: A new model for influencing patient health behavior. *J Clin Outcomes Manag.* 1997;4:33-36.