



Entwicklung und Evaluation eines Schulungskonzepts mit der ARGE.

Was bleibt in der Praxis?

Dr. dipl. psych. J. Stepien & Dr. med. H. G. Hass
Paracelsus-Klinik Scheidegg



21.-22.10.2011
DRV Bildungszentrum
Erkner

Onkologische
Schulung
21.10.2011



Themen

Rationale

Standard-Schulungskonzept PK

Studiendesign

Ergebnisse



Rationale

Aktive Rolle des Patienten bei chronischer Erkrankung von großer Bedeutung, da

- Verhalten Erkrankungsverlauf bestimmt**
- funktionelle Defizite / Einschränkungen der Teilhabe durch Adaption / Selbsterfahrung reduziert werden können**



Rationale

Stärkung der Patientenrolle /-fähigkeiten durch

- **Schulung / „patient education“** (*Squyres 1980, Bartlett 1985*)
- **Compliance↑, Selbsteffizienz↑, Selbstmanagement ↑**
- **Empowerment** (*Faller 2001*): *durch Erwerb von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen ist es dem Patienten möglich, informierte Entscheidungen („informed consent“) bzgl. der Lebensführung zu treffen*



Rationale

Onkologische Schulungen

- relativ wenige, wissenschaftlich begleitete / publizierte Maßnahmen zur

Patientenschulung

- Vorgabe der DRV (Leitlinie „Rehabilitation MCA“)
- 4 spezifische, onkologisch manualisierte Patientenschulungskonzepte

(www.zentrum-patientenschulung.de)

- teils große Diskrepanz zwischen Dauer, Technik, Zielsetzung, Information vs. Psychoedukation)
- Langzeit-Effekte? → Nachsorgekonzepte!



Rationale

Nachsorge

Ziel:

→ bei chronischen Erkrankungen Verbesserung der Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen (LZ-Effekte teils unbefriedigend...)

Methoden:

- Patientenschulungen
- Internet-Chat-Gruppen (*Wolf & Kordy 2007*)
- tel. Nachsorge (*Rau, Teichmann & Petermann 2009*)



Standard-Schulungskonzept „Brustkrebs“ PK Scheidegg

(A) Spezifische Informationen über Krankheit, Therapie, Folgestörungen (5 Module/Seminar-einheiten: *Brustkrebs, Brustwiederaufbau, antihormo-*

Verordnung durch Arzt in Absprache mit Patient → mind. 3 Module, meist 4-6 Module
Vorteil: individuelle Schulung in Anlehnung an die vereinbarten Therapie-/Reha-Ziele

einheiten: Lymphödemvermeidung, komplementäre Therapie, Physikalische Therapie)

(C) Psychoedukative Information (1 Modul, zusätzl. zur Psychoonkolog. Therapie)



Studie

„Optimierung der Patientenschulung“

Optimierung der Patientenschulung in der stationären Rehabilitation von Krebspatienten mit Transfer für die Nachsorge

eine wissenschaftliche Untersuchung zur Wirksamkeit von Schulungsformen und telefonischer Nachsorge

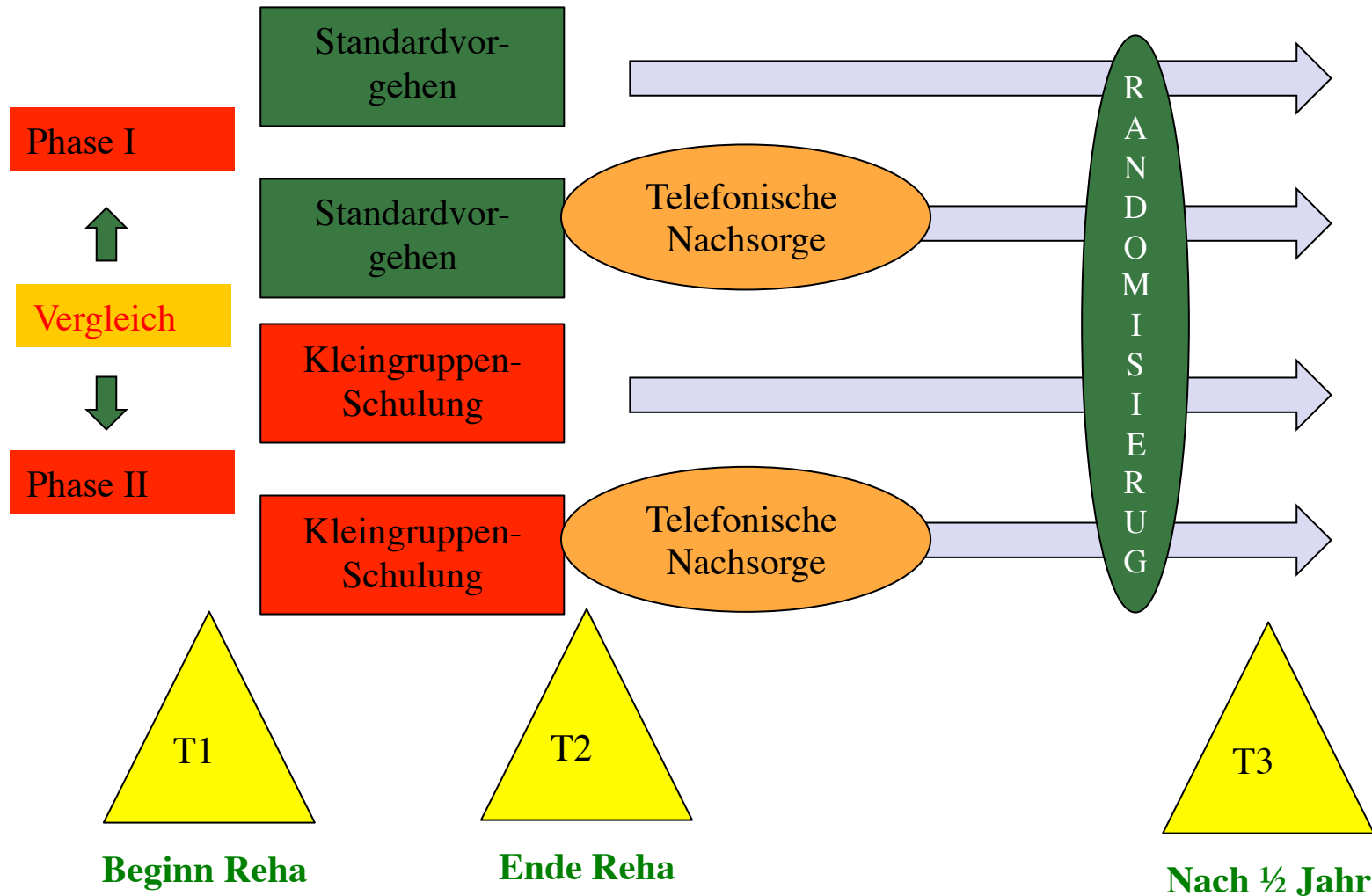
Institut Medizinische Psychologie Uni Münster (Prof. Muthny)
Klinik Bad Oexen (Dr. Schulte)
Paracelsusklinik Scheidegg (Prof. Schröck, Dr. Hass)

Gefördert durch die ARGE Bochum 2008 bis 2010



Studien-Design

„Optimierung der Patientenschulung“





Studie

„Optimierung der Patientenschulung“

Optimierte Kleingruppenschulung

- Orientierung an bestehenden Patientenschulungen (z.B. Ströbl et al. 2007)
- Vorbereitung durch Train-The-Trainer-Seminar
- Strukturiert und manualisiert
- Kleine geschlossene Gruppen (8-12TN); Beziehungskonstanz
- Sowohl frontale als auch aktivierende didaktische Elemente
- Durchführung durch Reha-Psychologen
- „Persönlicher Vertrag“

Themen (5 Module je 90 Minuten):

- Krankheitsverarbeitung und Angstbewältigung
- Körperkonzept, Entspannung, Motivation für Sport und Bewegung
- Ernährung und Lebensgenuss
- Diagnosespezifische Probleme bei Brustkrebs / Prostatakrebs
- Individuelle Motivationsförderung und Alltagstransfer



Studie

„Optimierung der Patientenschulung“

Telefonische Intervention & Nachsorge

Konzept:

in Anlehnung an China & Mittag (2003), aber durch Reha-Psychologinnen
5 Telefongespräche á 10-15 Min.

Zielsetzung:

Zeigen von Interesse am weiteren Verlauf nach der Reha
Monitoring des Gesundheitszustandes und Angebot von Informationen
Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und Alltagstransfer

Durchführung:

TTT-Seminar zur Vorbereitung
Manualisiert, mit Dokumentationsbogen

Grundlegende Orientierung/Gesprächshaltung:

Ziel- und Problemlösungsorientiert, akzeptierend, motivierende Gesprächsführung



Studie

„Optimierung der Patientenschulung“

	T1 R-Beginn	T2 R-Ende	T3 +1/2 Jahr
Patienten-Fragebögen/Selbsteinschätzungen			
Kurzanamnese zu Erkrankung und Behandlung	X		
Reha-bezogene Kognitionen (REHAKOG)			
Motivation zu Sport und Bewegung	X	X	X
Ausmaß von Sport und Bewegung			
Körperkonzept (Kurzform-FKKS)			
Krankheitsverarbeitung (FKV)	X	X	
REHA-Status (IRES-24)	X	X	X
Angst, Depression (HADS-D)	X	X	X
Lebenszufriedenheit (LZI)	X	X	X
Soziale Unterstützung (SOZU-K14)	X	X	X
Behandlungszufriedenheit (BZI)		X	
Rückkehr zur Arbeit			X
Wissen über Gesundheitsverhalten		X	X
Handlungskompetenz/ persönl. Umsetzung		X	X
Stages of Change (SOC)	X	X	X
Arzt-Einschätzungen/ medizinische Daten			
Ratings zu Reha-Zielen, Motivation und Compliance	X		
Arztratings zur med. Ausgangssituation	X		
Ratings zu Reha-Erfolg, Inanspruchnahme der Maßnahmen und Zielerreichung		X	



Studie

„Optimierung der Patientenschulung“

Stichprobe Brustkrebspatientinnen

Ausgegebene Fragebögen 400

	T1	T2	T3	Alter
Gesamt	316(85%)	297(94%)	245(78%)	47,0(27-58)
Phase I	172(86%)	153(89%)	129(75%)	46,5(27-54)
Phase II	144(85%)	141(98%)	116(81%)	47,5(28-58)

Telefonische Nachsorge

Phase I 67(39%)

Phase II 63(44%)

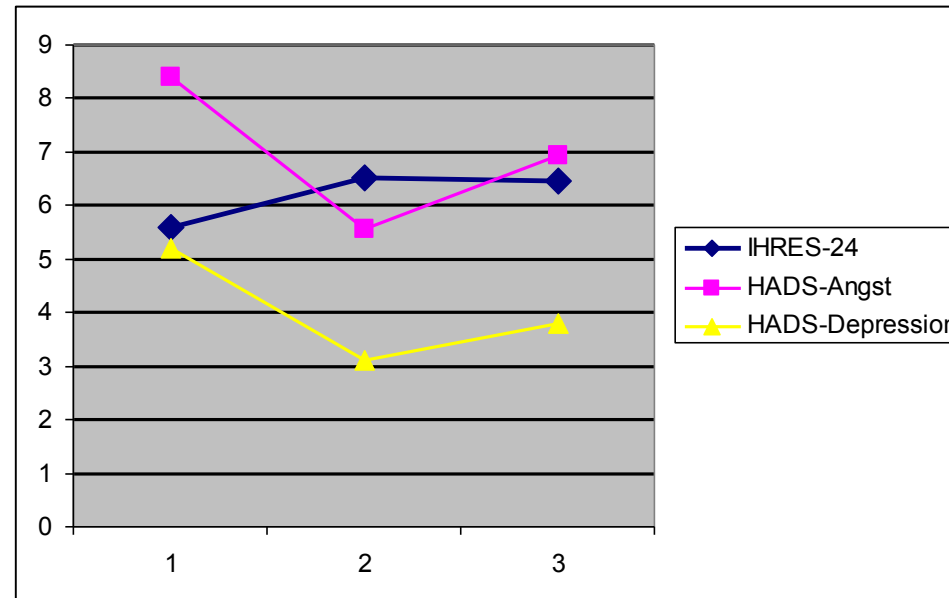
Gesamt 130(41%)



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Verlaufeffekte – Haupteffekt Messzeitpunkt



Effektstärken

IHRES-24

T1-T2: $d=.53$

T1-T3: $d=.45$

HADS-Angst

T1-T2: $d=.74$

T1-T3: $d=.36$

HADS-Depression

T1-T2: $d=.58$

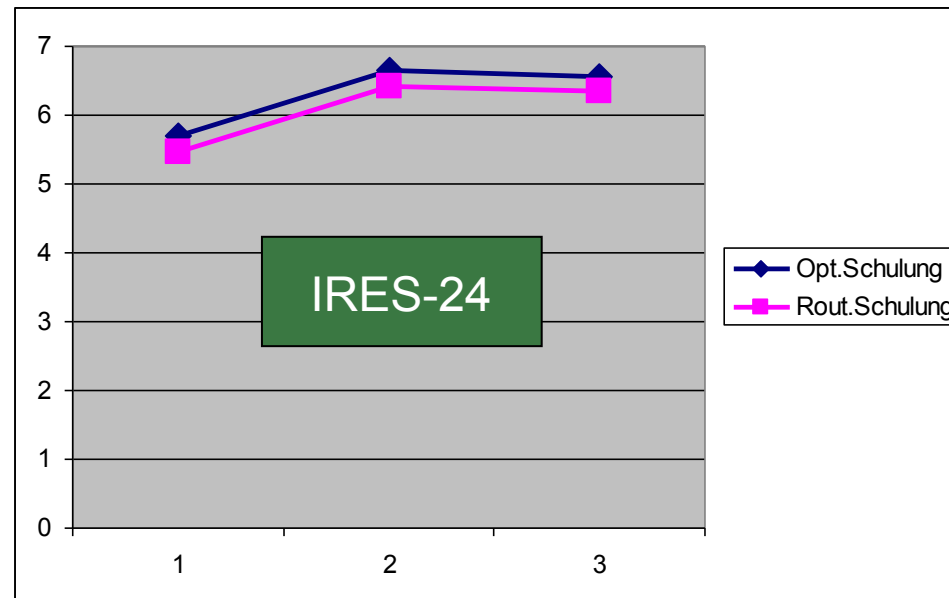
T1-T3: $d=.37$



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Vergleich: Optimierte Schulung vs Routineschulung



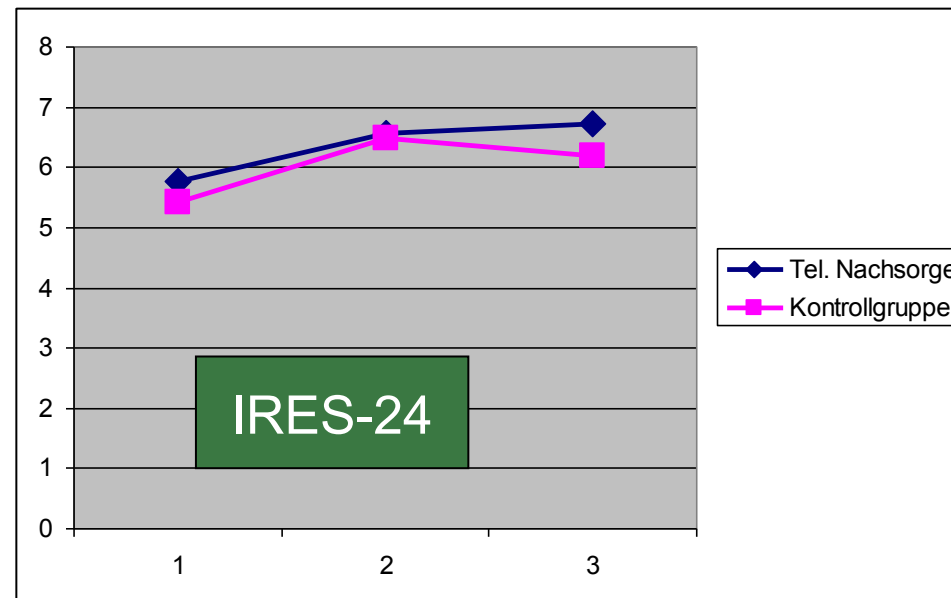
Keine signifikanten Einflüsse der Schulungsbedingung auf Zielparameter



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Vergleich: Telefonische Nachsorge vs Kontrollgruppe



Keine signifikanten Einflüsse der Nachsorge auf Zielparameter

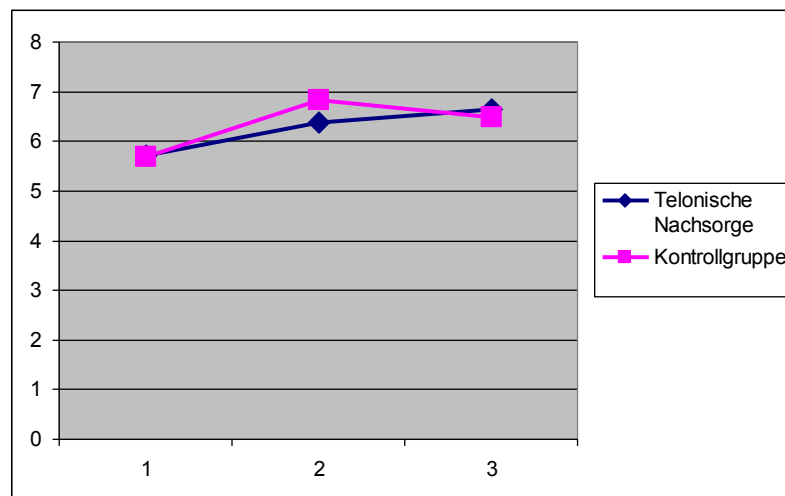


Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

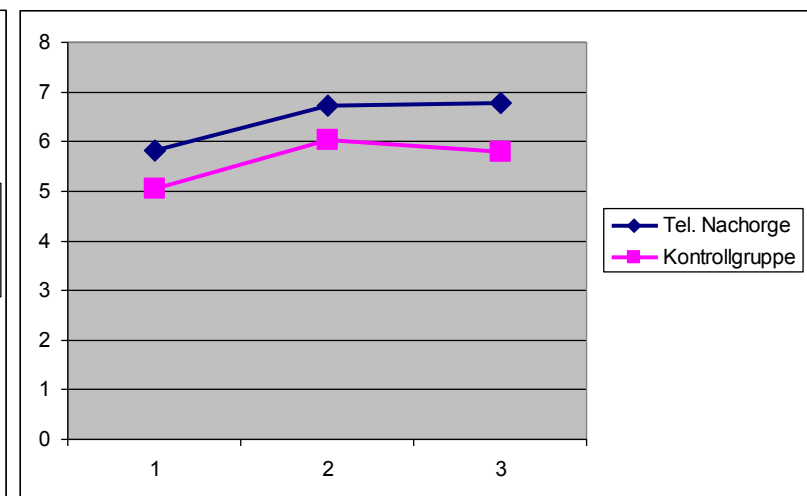
**Vergleich:
Routineschulung
Telefonische Nachsorge
vs Kontrollgruppe**

IRES-24



**Vergleich:
Optimierte Schulung
Telefonische Nachsorge
vs Kontrollgruppe**

IRES-24



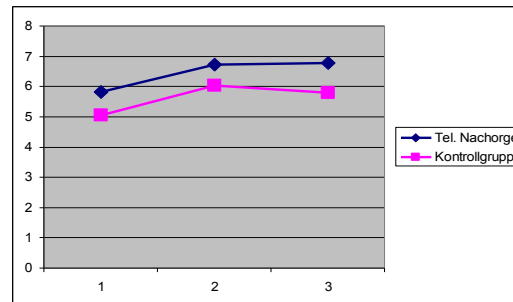


Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Vergleich:

Optimierte Schulung vs Routineverfahren
Telefonische Nachsorge vs Kontrollgruppe



Keine signifikanten Unterschiede bei zentralen Ergebnisparameter:

**Rehastatus, Angst, Depressivität,
Lebenszufriedenheit, emotionales Befinden**

Keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen

Schulungsbedingung und telefonischer Nachsorge/Kontrollgruppe



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Vergleich:

Rückkehr an den Arbeitsplatz („Return-to-work“)

Tel. Nachsorge	93%
Kontrollgruppe	96%
Chi ²	p .33

Routineschulung	95%
Opt. Schulung	94%
Chi ²	p .42



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Telefonische Nachsorge

- **Telefongespräche pro Patient MW=4,70**
- **Durchschnittliche Gesprächsdauer pro Gespräch: 14,6 min. (Range 5-32 min.)**
- **Durchschnittliche Gesamtdauer aller Gespräche 64,24 min. (Range 6-160 min.)**

Gesamtbewertung

46% gut
36% sehr gut
15% ausgezeichnet

84% Die tel. Nachsorge sollte allen onk. Rehabilitanden angeboten werden
76% würden die tel. Nachsorge anderen Rehabilitanden empfehlen



Studien-Ergebnisse

„Optimierung der Patientenschulung“

Fragen - Diskussion

Veränderungssensitivität - Adäquatheit der Instrumente

Frage der Erfolgsparameter

Reflexion der Wirkkonzepte – was und wie wirkt

Synergieeffekte

?

?



Schulungsstudie – Was bleibt für die Praxis?

- Bisheriges, individuelles „Standard“-Schulungskonzept gut akzeptiert/wirksam, nur mit großem Aufwand verbesserbar („Decken“-/Ceiling-Effekt?)
- telefonische Nachsorge evtl. zu „unterschwellig“ (Gesprächsdauer/-frequenz)
- aktuell: neues Nachsorgekonzept (individuelle Patientenmappe) ab Ende 2011 geplant



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



Fragen ??



Onkologische
Schulung
21.10.2011