

Abstract

Titel: Der Effekt der Patientenedukation auf die Adhärenz zur Mobilisation nach einem chirurgischen Eingriff (Literaturreview)

Kurzzusammenfassung:

Die Einführung von Fallpauschalen in den Spitälern zwingt die Leistungserbringer zu Effizienzsteigerung und damit zur Optimierung verschiedenster Abläufe in allen Bereichen. So kann die Aufenthaltsdauer reduziert und Kosten gesenkt werden. Für chirurgische Patienten ist dazu die Vermeidung von Komplikationen nach der Operation und schnellstmögliche Beweglichkeit zentral. Mit dem Fast-track-Konzept steht ein Programm zur Verfügung, das eine systematisch geplante Frühmobilisation, präoperative Anleitung und postoperative Unterstützung des Patienten enthält und bereits wissenschaftlich untersucht wurde. Für die Pflege fehlen allerdings evidenzbasierte Empfehlungen. Mit dieser Literaturübersicht wird gezeigt, dass die Studien keinen eindeutigen Effekt einer präoperativen Anleitung nachweisen. Eindeutiger positiver Effekt ist jedoch auf die Spitaldauer und Rehabilitationszeit festzustellen.

Autor(en): Dolores Schwab-Koller

Referent/in: Andrea Brenner, MNs

Publikationsformat:

- BATH
- MATH
- Semesterarbeit
- Forschungsbericht
- Anderes

Veröffentlichung (Jahr): 2010

Sprache: Deutsch

Zitation: Schwab-Koller, D. (2010). Der Effekt der Patientenedukation auf die Adhärenz zur Mobilisation nach einem chirurgischen Eingriff. (Unveröffentlichte Bachelor Thesis) FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Schlagwörter: postoperative Mobilisation, Patientenedukation, Adhärenz, Fast-track;

Ausgangslage

Die chirurgische Klinik eines Kantonsspitals entschloss sich 2004 das Fast-track-Konzept einzuführen, dessen Ziel es ist, eine komplikationslose und schnelle postoperative Erholung des Patienten zu bewirken. In Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen wurden evidenzbasierte Behandlungspfade entwickelt, deren Grundlage diese Arbeit ist.

Ziel

Ziel dieser Bachelor Thesis ist es, evidenzbasierte Empfehlungen für die prästationäre Edukation zu erarbeiten. Diesen Empfehlungen soll ein nachweisbarer positiver Effekt der Patientenadhärenz zur forcierten Frühmobilisation zugrunde liegen.

Methode

Nach einer Definition der Begriffe „Adhärenz“ und „Patientenedukation“ folgt eine ausführliche Beschreibung verschiedener Lerntheorien (Bedürfnistheorie n. Maslow, Attributionstheorie, Selbstwirksamkeitstheorie u. a.) und die Ableitung von Schlussfolgerungen auf die Anleitung von

Patienten. Abgerundet wird der Theorieteil mit den Definitionen zu „Fast-track-Konzept“ und „Forcierten Mobilisation“ sowie einer Kurzdarstellung von Besonderheiten zu Patienten mit Baucheingriffen (Viszeralchirurgie). Die Literatursuche erfolgte auf CINAHL, MEDLINE, Cochrane, Health Source, PubMed und PsychINFO mit den Suchbegriffen „Fast-track-surgery“ und „Enhanced recovery“ kombiniert mit NOT „Management“, „Curriculum“ und „Career“. Es wurden nur Studien mit den Evidenzstufen I und II berücksichtigt, da nur diese die Forschungsfrage bzgl. des Effekts einer Intervention beantworten können.

Fragestellung:

Welchen Effekt hat die präoperative pflegerische Edukation auf die Adhärenz zur forcierten Mobilisation im Rahmen des Fast Track-Konzeptes bei Patienten nach einem viszeralchirurgischen Eingriff?

Einschlusskriterien:

- Erwachsene Patienten (18- 80) westlicher Länder vor einem elektiven viszeralchirurgischen Eingriff
- Intervention muss eine präoperative Edukation sein
- Effekt auf die Adhärenz zur forcierten Mobilisation als Ziel
- RCT und CT aus den letzten 10 Jahren

Ausschlusskriterien:

- Eingriffe an Kindern
- Nicht chirurgische Patienten
- Orthopädische, plastische, ophtalmologische und gefässchirurgische Eingriffe
- Herniotomien, Strumektomien
- Information und Edukation durch ärztliches Personal
- Multimedia als Edukationsmethode

8 Studien, 2 Reviews, 2 RCTs und 4 Kohortenstudien bildeten die Grundlage des Reviews.

Ergebnisse:

Das **Studiendesign** war z. T. sehr unterschiedlich und daher schwer vergleichbar. So wurde z. B. in den Reviews die Populationsmenge nicht angegeben und es war keine Metaanalyse vorhanden. Auch die untersuchten Interventionen waren different. Bei den RCTs waren ebenfalls Population und Intervention verschieden. Anders dagegen bei den kontrollierten Kohortenstudien: hier waren Population und Intervention vergleichbar, allerdings wurde unterschiedlich gemessen. Bei den **Interventionen** wurde festgestellt, dass die präoperative Edukation nur in einer Studie explizit untersucht wurde und zudem noch zu sich widersprechenden Resultaten kommt. Deutlich wurde aber, dass Gruppenschulungen effektiver und gleich effizient wie eine individuelle Schulung sind und eine Kombination von schriftlichen und mündlichen Informationen am kosteneffektivsten ist.

Erkenntnisse

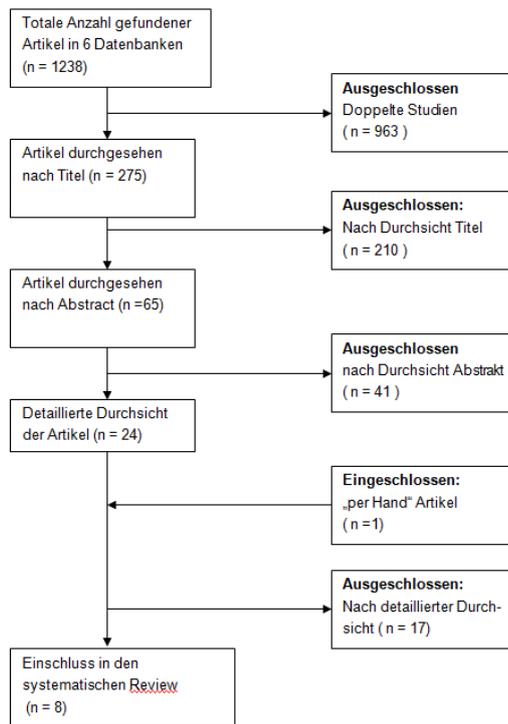
1. Widersprüchliche Beurteilung der präoperativen Edukation auf die postoperative Mobilisation
2. Effekt der präoperativen Edukation auf die Adhärenz nicht beurteilbar, da nicht separat in den Studien untersucht
3. Positiver Effekt der präoperativen Edukation auf Verweildauer, Rehabilitationszeit und Stresserleben
4. Weiterhin Diskussions- und Bearbeitungsbedarf in der Pflege zu diesem Thema vor allem im Hinblick auf die DRG

Gesamtübersicht:

Autor/ Jahr	Design	Stichpro- be/Population	Intervention	Endpunkte und Ergebnis
Baumann et al 2005	Prospekt. nicht kontrollierte Kohortenstudie	N=2047 Patienten > 18 Jahre Operation: kurative, offene Kolonresektion wg. Kolonkarzinom	Fast-track multimodales Rehaprogramm incl. präoperativer Edukation	<ul style="list-style-type: none"> • Postoperative Mobilisationszeit: 2-8 Std am Opstag:68.3% 2-8 Std. am 1. p.o Tag 65.9% > 8 Std. am 1. p.o. Tag: 7.5% 2-8 Std. am 2. p.o. Tag: 83.6% > 8 Std. am 2. p.o. Tag: 35.8% • Zeit bis z. norm. Darmfunktion • Spitalaufenthalt • Rehospitalisationszeit
Schwenk et al 2007	Prospekt. nicht kontrollierte Kohortenstudie (24 Spitäler)	N= 1047 Patienten > 18 Jahre Operation: elektive Kolonresektion	Fast-track multi-modales Rehaprogramm incl. präoperativer Edukation zu forcierter postoperativer Mobilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisationszeit postoperativ: Opstag: 2 Std. im Sessel und Gang im Korridor: 85.4% • Dauer Spitalaufenthalt • Morbiditätsrate
Maessen et al 2007	Prospekt. nicht randomisierte Kohortenstudie (5 Spitäler)	N=1047 Operation: elektive, kolo-rektale Resektion VG: 76/KG:75	Fast-track multimodales Rehaprogramm incl. präoperativer Edukation für VG	<ul style="list-style-type: none"> • Forcierte postoperative Mobilisation: 2 Std am Opstag:51.3% > 6 Std. am 1. p.o. Tag: 40.1%
Müller et al 2008	RCT (4 Spitäler)	N= 156 Operation: elektive Kolonoperation	Fast-track multimodales Rehaprogramm incl. präoperativer Edukation	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikationsrate • Compliance mit versch. Komponenten des Behandlungspfads: identisch • Verweildauer: VG: 5 Tage; KG: 9 Tage
Zargar-Shosh-tari et al 2008	Prospekt. nicht randomisierte Kohortenstudie	N=100 Operation: elektive Kolonresektion VG: 50/KG:50	Fast-track multimodales Rehaprogramm incl. präoperativer Edukation für VG	<ul style="list-style-type: none"> • Komplikationsrate: in der VG deutlich geringer • Mobilisationszeit: VG: nach einem Tag 80%: KG: nach 3 Tagen 80% • Verweildauer: VG: 5.9 Tage; KG:10 Tage • Rehospitalisationszeit: VG und KG gleich
Hassenritter et al 2009	RCT	N=27 Operation: Mediane Laparotomie mit Zytekotomie VG: 13/KG:14	Präoperative Bewegungsschulung nach VivArte-Lernmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Postoperative Mobilität: VG: mobil nach 63.5 Std (Meridian) KG: mobil nach 63.5 Std (Meridian) • Schmerzen: keine Unterschiede VG/KG • Verweildauer: keine Unterschiede VG/KG

Abbildungen

1. Flowchart



2. Phasen der Patientenedukation

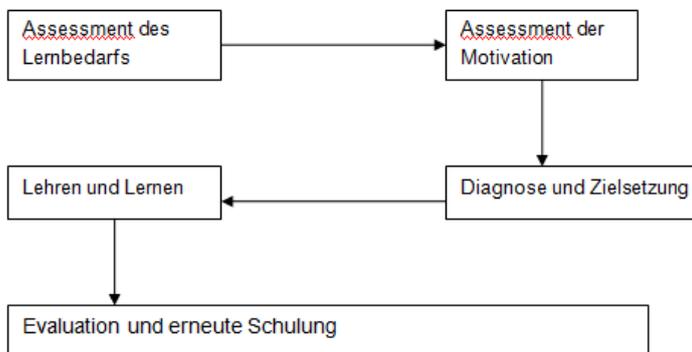


Abbildung 2: Prozess der Patientenedukation (Klug-Redmann, 2009)

3. Definition der Mobilisation und Effekt der Edukation

Autoren	Definition der forcierten Mobilisation	Effekt bei Interventionsgruppe	Effekt bei der Kontrollgruppe
Lithner et al. (1998)	nicht definiert	sind postoperativ öfters physisch aktiv	Sind postoperativ weniger physisch aktiv
Kehlet et al. (2005)	Nicht genauer definiert	↑ körperliche Belastbarkeit ↓ postoperative Müdigkeit	↓ Körperliche Belastbarkeit ↑ postoperative Müdigkeit
Baumann et al. (2005)	<u>Mobilisationszeit:</u> 0-2 Std. am Operationstag: 2-8 Std. am 1. postop. Tag: > 8 Std. am 1. postop. Tag: 2-8 Std. am 2. postop. Tag: > 8 Std. am 2. postop. Tag:	68.3% 65.9% 7.5% 83.6% 35.8%	nicht erfasst
Schwenk et al. (2007)	<u>Mobilisationszeit am Operationstag:</u> 2 Stunden im Lehnstuhl	85.4 %	nicht erfasst
Maessen et al. (2007)	<u>Mobilisationszeit:</u> Operationstag: 2 Std 1. postoperativer Tag: > 6 Std.	51.3% 40.1%	nicht erfasst
Müller et al. (2008)	Nicht genauer definiert	1. postoperativer Tag: 4 Std.	1. postoperativer Tag: 4 Std.
Zargar et al. (2008)	Nicht genauer definiert	Median für eine Erfolgreiche Mobilisation: 80%	Median für eine Erfolgreiche Mobilisation: nicht erfasst
Haasenritter et al. (2009)	Nach Viv-Arte-Lernmodell für kinästhetische Mobilisation	Zeit in Std bis zur vollen Mobilität :63.5 Std.	Zeit in Std bis zur vollen Mobilität 58 Std.

Literaturquellen

- Ajzen, I.(1991). Die Theorie des geplanten Verhaltens. *Organizational Behavior and Human. Entscheidungsprozesse*, 50,179-211.
- Bandura, A. (1997). Self efficacy; the exercise of control. New York: Freeman.
- Bartholomeyzik, S. (2008) Folgen der DRG-Finanzierung für die Pflege im Krankenhaus - einige empirische Ergebnisse aus Deutschland. St Gallen: Fachsymposium vom 17.01.2008.
- Baumann, Ch., Guenther, N., Wendling, P., Engemann, R., Germer, C.T., Probst, W., Mayer, H.P., Rehnisch, B., Schmid, M., Nagel, K., Schwenk, W. (2005). „ Multimodal perioperative rehabilitation in elective conventional resection of colonic cancer. “ *Digestive Surgery*, 26 (2), 123-129.
- Behrens, J., Langer, G. (2004). Evidence based Nursing and Caring. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bigler, S., Nicca, D., Spirig, R. (2007). Welche Interventionen bewirken eine Verbesserung der Adhärenz von HIV-Patienten unter ART? *Pflege* 2007 (20), 268-277.
- Breemhaar, B., van den Borne, H.W., Mullen, P.D. (1995). Inadequacies of surgical patient education. *Patient Education and Counseling*, 96, (28), 31-44.
- De Geest, S., Dobbels, F., Vanhaecke, J., Dupont, L., Nevens, F., Verleden, G., Pirenne, J. (2009). Prätransplantationsphase Prädiktoren nonadherence und die klinischen Ergebnisse nach der Transplantation. *Transplantation*, 87 (1), 497-504.
- Duden (2010). Gefunden am 5.04. 2010 unter <http://www.duden.de/suche/index.php?>
- Fitzpatrick, E. (2005). What characterizes the usual preoperative education in clinical contexts? *Nursing and Health Sciences*, 7, 251-258.
- Gesundheitsdepartement des Kantons St.Gallen (2007). Leitbild Pflege. St. Gallen.
- Giraudet-Le Quintrec, J.S.; Coste, J., Vastel, L.; Pacault, V., Jeanne, L.; Lamas, J.P., Kerboull, L.; Fougerey, M.; Conseiller, Ch., Kahan, A.; Courpied, J. P. (2003) Positive effect of patient education for hip surgery. *Klinische Orthopädie und Forschung*, 414, 112-120.
- Festinger, L. & Carlsmith, J. M. (1959). Kognitive Folgen der Zwangs Compliance. *Journal of Abnormal-und Sozialpsychologie*, 58 (2), 203-210.
- Haasenritter, J., Eisenschink, A.M., Kirchner, E., Bauder-Missbach, H., Brach, M., Veith, J., Sander, S., Panfil, E.M. (2009). Auswirkungen eines präoperativen Bewegungsschulungsprogramms nach dem für kinästhetische Mobilisation aufgebauten Viv-Arte-Lernmodell auf Mobilität, Schmerzen und postoperative Verweildauer bei Patienten mit elektiver medianer Laparotomie. *Pflege*, 22, 19-28.
- Kantonsspital St. Gallen (2007). Anleitung zur Aufklärung über invasive und operative Eingriffe. Hrsg: Kantonsspital St. Gallen.

- Kantonsspital St. Gallen [KSSG] (2010). *Auswertungen der Patiententagebücher 2009*. Unveröffentlichtes Papier.
- Käppeli, S. (2009). Der mündige Patient in der Pflege - ein Widerspruch in sich selbst? *Zeitschrift Krankenpflege*, 2009 (3), 10 - 15.
- Kehlet H., (1991) The surgical stress response. Should it be prevent? *Can J.Surg*, 34, 565 -567.
- Kehlet, H., Basse, L., Raškov, H.H., Hjort Jakobsen, D., Sonne, E., Billesbolle, P., Hendel,H.W., Rosenberg, J. (2002). Acelerated postoperative recovery programm after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *British Journal of Surgery*, 89(1), 446-453.
- Kehlet, H. (2005). "Fast track colorectal cancer surgery: status and perspectives." *Recent results in cancer research*, 165, 8-13.
- Klos, D., Cummings, M., Joyce, J., Graichen, J., Quigley, A. (1980)." A comparison of two methods of delievering presurgical instructions." *Patient counselling and health education*, 2(1), 6-13.
- Klug Redman, B. (2009). *Patientenedukation*. 2. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kunz, R., Khan, S.K., Kleijnen, J., Antes, G. (2008) *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Krankenversicherungsgesellschaft [KVG] (2009), gefunden am 5. Mai 2009 unter <http://www.fassis.net/Archiv/gesetzKVG.htm>
- Lindeman, C.A: (1971). Nursing Intervention with the presurgical patient: Effectiveness and efficiency of group and individual preoperative teaching. *Nursing research*, 21 (3), 196-209.
- Lithner, M. & Zilling, T. (1998). "Does preoperative information increase the well-being of the patient after surgery?" *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 47 (18), 31-39.
- Lorig, K.R. & Holman, H.R. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26 (1), 1-7.
- Maessen, J., Dejong, C.H.C., Hausel, J., Nygren, J., Lassen, K., Andersen, J., Kessel, A.G. H., Revhaug, A., Kehlet, H., Ljungqvist, O., Fearon, K.C.H., von Meyenfeldt, M.F. (2007). "A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection." *The British journal of surgery*, 94 (2), 224-231.
- Maslow, A. (1987). *Motivation und Persönlichkeit* (3. Auflage) New York: Harper & Row.
- McDonnell, A.A. (1999). A systematic review to determine the effectiveness of preparatory information in improving the outcomes of adult patients undergoing invasive procedures. *Nurse*, 3, 4-13.
- Miller, S.M. (1995). Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer*, 76, 167-177.
- Müller, S., Zalunardo, M.P., Hubner, M., Clavien, P.A., Demartines, N. (2008). „A fast track program reduces complications and lengh of hospital stay after open colonic surgery. " *Gastroenterology*, 136 (3), 842-847.
- Nagel, G. (2005). *Patientenkompetenz*. *Krankenhauspharmazie*. 2005 (26), 128 -133.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK)(2008). *Zur Einführung von Diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern*. Stellungnahme Nr.15/2008 Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Nordgren, S. & Fridlund, B. (2001). Patient's perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal of Advanced Nursing*, 2002 (35), 117 -125.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenstock, I.M., Stecher, V.J., Becker M.H. (1988). *Health Education and Behavior. Social Learning Theory and the Health Belief Model*. Verlag: Sage-Publications.
- Schubert, M. et al.(2005) *Auswirkungen von Kosteneinsparungen auf Ergebnisse*. *Pflege* 2005; (18), 320-328.
- Schwenk, W., Günther, N., Wendling, P., Schmid, M., Probst, W., Kipfmüller, K., Rumstadt, B., Walz, M.K., Engemann, R., Jung-hans, T. (2007). „Fast-track“ rehabilitation for elective colonic surgery in Germany. *International journal of colorectal disease*, 23 (1), 93-99.
- Schwenk, W., Spies, C., Müller, J.M. (2009). *Fast Track in der operativen Medizin*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Skinner, B.F. (1972). *Futurum Zwei*. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt-Verlag.
- Smoliner, A. (2008). *Patientenpräferenzen zur Beteiligung an pflegerischen Entscheidungen aus Sicht der Patienten und der Pflegenden*. *Österreichische Pflegezeitschrift*, 2008 (12), 18 - 23.
- Tewes R.(2002). *Pflegerische Verantwortung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Walter, C.J., Smith, A., Guillou, P. (2006). Evidence-basierte chirurgische Versorgung und die Entwicklung der Schnell-Spur Chirurgie. *Ann Surg*, 248 (2) :189-198.

Weiner B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: Springer-Verlag.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2003). Adherence to Long-Term Therapies, Evidence for action. Genf: WHO.

Weltgesundheitsorganisation [WHO] Working Group. (1998). Therapeutic Patient Education, Continuing Education Programms for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Williams, A.B. (2001). Adherence to HIV regimens: 10 vital lessons. American Journal of Nursing, 101 (6), 37- 43.

Zargar-Shoshtari, K., Connolly, A.B., Israel, L.H., Hill, A.G. (2008). "Fast track surgery may reduce complications following major colonic surgery." Diseases of the colon and the rectum, 51(11), 1633-1640.

