

„Lessons learned“ im Transitional Pain Service an sechs Universitätskliniken: Umsetzbarkeit der ärztlichen Tätigkeiten im Projekt POET-Pain

Alexander Schnabel¹, Felix Bartholmes², Joachim Erlenwein³, Monika Fischer⁴, Rieke Gütschow², Anika Mauritz¹, Nathalie Malewicz², Regina Mayer⁵, Katrin Merkle⁶, Carla Nau⁶, Heike Rittner³, Daniela Rosenberger¹, Rainer Sabatowski⁵, Claudia Scheffzük², Dirk Weber³, Peter Zahn², Stefanie Berger⁷, Irmela Gnass⁷, Ulrike Kaiser⁶, Andrea Kurz⁸, Nadja Nestler⁸, Franziska Mauz⁶, Axel Schäfer⁸, Nina Schürholz⁷, Thomas Isenberg⁹, Margarita Khusainova⁹, Carolin Martin⁹, Nadine Riez⁹, Sarah Bruun¹, Sarah De Lucia¹, Esther Pogatzki-Zahn¹, Kathrin Schnabel¹, Daniela van der Poel¹

¹Universitätsklinikum Münster, Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie; ²Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Ruhr-Universität Bergmannsheil Bochum; ³Klinik für Anästhesiologie Universitätsmedizin Göttingen; ⁴Universitätsklinikum Würzburg, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin (ZiS); ⁵Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, UniversitätsSchmerzCentrum; ⁶Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Lübeck, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin; ⁷Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg; ⁸Hochschule für angewandte Wissenschaft und Kunst, Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit; ⁹Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.;

Hintergrund und Fragestellung

Ziel des Innovationsfondsprojektes POET-Pain (Förderkennzeichen 01NVF19021) ist die Vermeidung von chronischen postoperativen Schmerzen mittels einer perioperativen Behandlung durch ein interdisziplinäres Team (Psychologie, Pflege, Physiotherapie, Medizin), den Transitional Pain Service (TPS). Im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie werden ca. 1800 Patient:innen abhängig von Ihrem Risiko für eine Chronifizierung postoperativer Schmerzen in drei Gruppen randomisiert, von denen eine Gruppe mit erhöhtem Risiko durch den TPS behandelt wird. Diese werden dabei einmalig vor der Operation, zu mehreren Terminen nach der Operation und mindestens einmalig 6-12 Wochen nach der Operation ambulant vom TPS betreut. Ziel dieses Posters ist die Evaluation der Umsetzbarkeit der geplanten ärztlichen Tätigkeiten im Team des TPS (Abb.1).

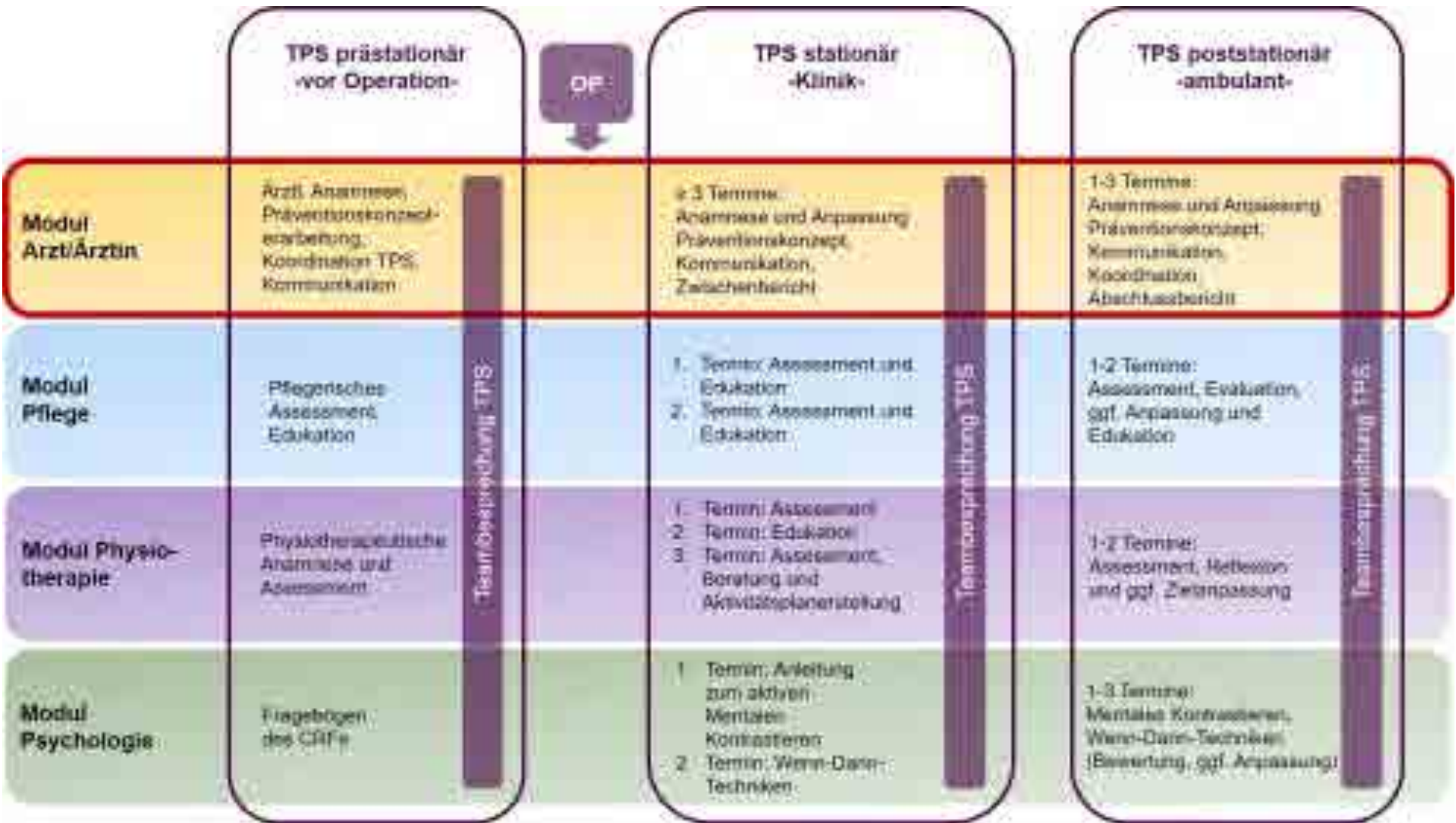


Abb. 1. Ablauf der ärztlichen TPS Behandlung

Materialien und Methoden

Seit 09/2022 werden in sechs Universitätskliniken in Deutschland (Bochum, Dresden, Göttingen, Lübeck, Münster, Würzburg) Patient:innen im Rahmen einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) durch den TPS betreut. Vor Beginn der RCT erfolgte durch die professionsspezifischen Teilprojektleitungen und wissenschaftliche Projektleitung eine umfangreiche Schulung der TPS-Teams in online-Veranstaltungen und anhand interdisziplinärer Handbücher. Im Rahmen zweier Vor-Ort-Monitorings (11-12/2022; 03-05/2023) wurde die Durchführung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen des TPS begleitet und auf Adhärenz zum Studienprotokoll im Rahmen eines Leitfaden-Interviews untersucht. Während beider Vor-Ort-Monitorings erfolgte auch eine Beobachtung eines Teammeetings aller Professionen. Die Monitoringberichte wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet. Die statistische Analyse erfolgte mittels IBM SPSS Statistics (Version 29.0.0.0).

Ergebnisse

Insgesamt wurden 12 Monitoringberichte (pro Klinik jeweils zwei Berichte) qualitativ und quantitativ ausgewertet (Tab. 1, Abb. 2). Dabei zeigte sich, dass die Häufigkeit der genauen Umsetzung der ärztlichen Tätigkeiten (insbesondere strukturell, z.B. Häufigkeit des präoperativen und ambulanten persönlichen Assessments) - wie im interdisziplinären Handbuch vorgesehen - von Standort zu Standort schwankte. An vielen Standorten zeigten sich organisatorische Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit chirurgischen Kolleg:innen (z.B. schwierige Planbarkeit der stationären Aufnahme/Entlassung).

Außerdem erwies sich die zeitnahe Einbestellung der Patient:innen zur ambulanten Weiterbehandlung (u.a. bedingt durch unterschiedliche Stellenanteile der TPS-Teammitglieder im Rahmen der RCT) sowie Vernetzung mit ambulanten Weiterbehandler:innen (aus unterschiedlichen Gründen) als problematisch. Das Monitoring der Teamsitzung zeigte je nach Vorerfahrung der Teams in der multimodalen Schmerztherapie von Standort zu Standort unterschiedliche Ergebnisse (z.B. hinsichtlich Ablauf und Struktur).

Parameter zur Durchführungsqualität	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	keine Einschätzung möglich
Screening nach neuropathischen Schmerzen (M1)	5/6 (83,3%)	1/6 (16,7%)		
Screening nach Suchterkrankungen (M1)	5/6 (83,3%)	1/6 (16,7%)		
Durchführung und Umgang mit der Zukunftsvision (M1)	4/6 (66,7%)	2/6 (33,3%)		
Umsetzung und Arbeit mit der Goal-Attainment-Scale (M1)	5/6 (83,3%)	1/6 (16,7%)		
Formulierung konkreter Risikofaktoren und Therapieempfehlungen (M1)	4/6 (66,7%)	2/6 (33,3%)		
Schreiben eines Zwischenberichtes/ Abschlussbriefes (M1)	4/6 (66,7%)	2/6 (33,3%)		
Zeitnahe ambulante Terminvergabe zur telefonischen Beratung der Patient:innen nach stationärer Entlassung (M1))	3/6 (50%)	1/6 (16,7%)	1/6 (16,7%)	1/6 (16,7%)
Zusammenarbeit mit ambulanten:r Weiterbehandler:in und/oder Patient:in nach Entlassung (M2)	2/5 (33,3%)	1/5 (16,7%)	1/5 (16,7%)	1/5 (16,7%)
Zeitnahe ambulante Terminvergabe zur telefonischen Beratung der Patient:innen nach stationärer Entlassung (M2)	2/6 (33,3%)	1/6 (16,7%)	3/6 (50,0%)	
Schreiben eines Abschlussbriefes (M2)	6/6 (100%)			

Tab. 1 Ergebnisse zu erfassten Parametern (n/N/%) der Durchführungsqualität zu den beiden Vor-Ort-Monitorings (Monitoring 1 [M1], Monitoring 2 [M2]).



Abb. 2 Qualitative Auswertung zu Parametern der Durchführungsqualität zu den beiden Monitoringterminen.

Schlussfolgerungen

Im Rahmen des Vor-Ort-Monitorings wurde deutlich, dass die ärztliche Intervention im TPS grundsätzlich umsetzbar ist. Als problematisch erwiesen sich insbesondere klinikinterne Regelungen der jeweiligen operativen Partner:innen, auf die der TPS aktuell keinen Einfluss hat (z.B. Einbestellung der Patienten am OP-Tag, vorzeitige Entlassung). Außerdem zeigte sich, dass eine Verbesserung der Vernetzung mit den ambulanten Kolleg:innen wünschenswert wäre. Sollte der TPS in die Regelversorgung überführt werden, müssten diese Punkte für eine erfolgreiche Implementierung besonders berücksichtigt werden.