

Umsetzung psychologischer Interventionen im Projekt POET-Pain zur Vermeidung von chronifizierten postoperativen Schmerzen

Franziska Mauz¹, Sophia Buggisch¹, Sarah Delucia², Joachim Erlenwein³, Sören Lauff³, Carla Nau¹, Caroline Sarah Prinz⁴, Heike Rittner⁵, Daniela Rosenberger², Rainer Sabatowski⁶, Benjamin Schönbach⁶, Alina Shamayeva⁴, Niña Maria Steck², Karolin Teichmüller⁵, Peter Zahn⁴, Stefanie Berger⁷, Nadja Nestler⁷, Nina Schürholz⁷, Irmela Gnass⁷, Andrea Kurz⁸, Axel Schäfer⁸, Alexander Schnabel², Daniela van der Poel², Thomas Isenberg⁹, Margarita Khusainova⁹, Carolin Martin⁹, Nadine Riez⁹, Sarah Bruun², Esther Pogatzki-Zahn², Ulrike Kaiser¹

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

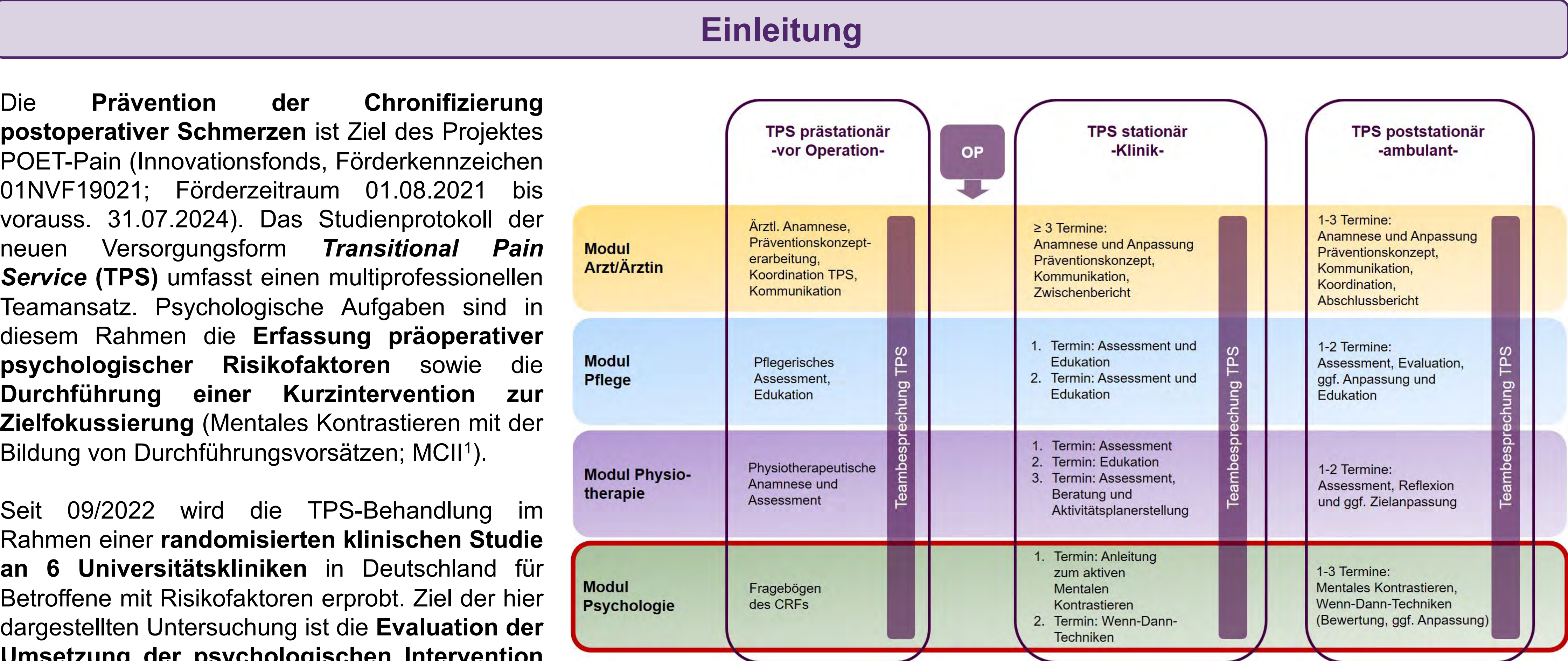


Abbildung 1
Darstellung des zeitlichen und inhaltlichen Verlaufs des TPS im Rahmen des POET-Pain-Projektes

Methodik

Im Rahmen von **2 Monitoring-Terminen** (11-12/22 und 03-04/23) wurde jeweils **vor Ort** das psychologische Personal des TPS qualitativ zur Umsetzung der neuen Versorgungsform befragt. Im **Fokus** der Erhebung stand die **Durchführung des MCII**. Diese kognitive Intervention dient der Zieleruierung und -verfolgung und ist das zentrale psychologische Element im Rahmen des Studienprotokolls von POET-Pain. Pro Zentrum wurden **exemplarisch** anhand der psychologischen Studiendokumentation **2 Behandlungsverläufe** eingesehen sowie anschließend ein **Leitfadeninterview** mit konkreten Fragen zur Umsetzbarkeit durchgeführt. Jeweils im Anschluss an die Monitoring-Termine erhielten die TPS-Psycholog:innen in Form von zentrums-spezifischen schriftlichen Monitoringberichten Rückmeldung zu ihrem Vorgehen. Die erhobenen Informationen wurden hinsichtlich **Umsetzbarkeit** sowie **potenzieller Hürden und Mehrwert** aufbereitet.

Ergebnisse

Relevante Aspekte bezüglich der Durchführung des MCII	berichtet von▲
Zeitliche Umsetzbarkeit der Intervention (Dauer, Zeitpunkt, Häufigkeit)	
Die Dauer der psychologischen Intervention entspricht den Vorgaben im Studienprotokoll (stationär: 2 x ca. 30 Minuten; ambulant: ca. 30 Minuten).	● ● ● ● ● ●
Der Zeitpunkt der Durchführung der stationären Intervention ist gemäß Studienprotokoll der 3. postoperative Tag.	● ● ○ ○ ○ ○
Der Zeitpunkt der Durchführung der poststationären Intervention während der ambulanten Phase entspricht den Vorgaben im Studienprotokoll (8.-10. postoperative Woche).	● ● ● ○ ○ ○
In der stationären Phase werden alle TPS-Patient:innen regelhaft psychologisch gesehen.	● ● ○ ○ ○ ○
Die ambulanten Termine für die psychologische Intervention finden wie vorgesehen statt.	● ● ○ ○ ○ ○
Örtliche Umsetzbarkeit	
Die stationäre psychologische Intervention findet in der Regel auf dem Patient:innenzimmer statt.	● ● ● ● ● ○
Die ambulante psychologische Intervention findet gemäß Studienprotokoll regelhaft in Präsenz statt.	● ● ● ○ ○ ○
Inhaltliche Umsetzbarkeit in Bezug auf die Zielgruppe	
Die psychologische Intervention lässt sich vollumfänglich bei den TPS-Patient:innen einsetzen.	● ● ○ ○ ○ ○
Zusätzlich berichtete Hürden	
hohe zeitliche Flexibilität nötig, um Patient:innen auf Station visitieren zu können	● ● ● ○ ○ ○
Mangel an psychosozialen Informationen	● ● ● ● ○ ○
Intervention (MCII) wird als unzureichend erlebt	● ● ● ● ● ○
Zusätzlich berichteter Mehrwert	
Interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team	● ● ● ○ ○ ○
Mitgeben der Karte mit Zielformulierung und Wenn-Dann-Plänen als konkrete Handlungsanleitung	● ● ● ○ ○ ○
Fokussiertes und strukturiertes Vorgehen hinsichtlich eines bestimmten Ziels	● ● ● ○ ○ ○

Anmerkung: ▲ ein Punkt entspricht einer Einrichtung; ● = wird berichtet; ○ = wird nicht berichtet.

Tabelle 1
Grad der Zustimmung und zusätzlich berichtete Hauptaussagen der befragten TPS-Psycholog:innen hinsichtlich der Umsetzbarkeit der psychologischen Intervention

Im Wesentlichen wird die **psychologische Intervention im Rahmen der neuen Versorgungsform** in Bezug auf verschiedene strukturelle Begebenheiten als **umsetzbar** beschrieben (siehe Tabelle 1). In Bezug auf **zeitliche Aspekte** gibt es teilweise Abweichungen vom Studienprotokoll. Die stationäre Intervention beginnt in der Regel erst am 5. postoperativen Tag und damit 2 Tage später als vorgesehen. Auch die Häufigkeit der stattfindenden Kontakte liegt in der stationären Phase bei geschätzt 75 % und nimmt in der ambulanten Phase noch weiter ab. **Diverse Faktoren** sind ursächlich dafür wie z. B. eine zunehmend kurze stationäre Verweildauer und die begrenzte Verfügbarkeit der Patient:innen durch einen erhöhten Behandlungsbedarf durch die Regelversorgung. Auch ein erhöhtes Belastungsempfinden **erschwert die Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme** zwischen Patient:in und Behandler:in. In der **ambulanten** Behandlungsphase findet die psychologische Intervention nur teilweise in Präsenz statt und **wird häufig telefonisch durchgeführt**. Die **örtliche Umsetzbarkeit** scheint davon nicht beeinträchtigt zu sein. Es wurden von Seiten des psychologischen TPS-Personals verschiedene Faktoren benannt, die die Durchführung der Intervention beeinflussen. Insbesondere wurden **patient:innenspezifische Merkmale** genannt, die in der heterogenen Zielgruppe unterschiedlich ausgeprägt sind. Beobachtet wurde z. B. ein Zusammenhang mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten oder geringem Ausmaß an Adhärenz mit Problemen bei der **inhaltlichen Umsetzung** des MCII. Ebenso wird in Abhängigkeit vom Behandlungsgrund (kurativ vs. palliativ) und daraus resultierenden Operationsformen (z. B. Tumorerkrankungen mit unklarer oder infauster Prognose) das MCII als unzureichend und wenig hilfreich erlebt, da die Betroffenen hier potenziell Bedarf an psychologischer Unterstützung anderer Art haben. Auch die eigene Erfahrung und Routine in der Durchführung wurde als beeinflussender Faktor genannt. Bezüglich der subjektiv empfundenen Zufriedenheit und Sicherheit bei der Durchführung des MCII gaben die Psycholog:innen hohe Zustimmungswerte an. Neben frei berichteten Hürden oder Mehrwert wurden auch Überlegungen gesammelt, welche **Ergänzungen im Rahmen der psychologischen Betreuung im perioperativen Behandlungsverlauf** sinnvoll wären und in Zukunft berücksichtigt werden könnten.

Schlussfolgerungen

Die Implementierung einer psychologischen Intervention im perioperativen Setting zeigt sich als umsetzbar. Aufgrund der Heterogenität des betreffenden Patient:innenspektrums erscheint neben einer zielorientierten Intervention wie dem MCII ein individualisiertes Vorgehen sinnvoll, sodass sich für eine zukünftige Regelversorgung eine bedarfsorientierte

Auswahl an psychologischen Angeboten eignen könnte. Die Response der TPS-Patient:innen auf die Verhaltensintervention des Mentalen Kontrastierens und der Bildung von Durchführungsvorsätzen wird als Fragestellung der Abschlussberichtslegung auf Grundlage des ausführlichen Datensatzes untersucht werden.

¹Oettingen, Gabriele: Die Psychologie des Gelingens, München: Droemer, 2017

