

Herausforderungen bei der Implementierung und Erhebung von PROMs in der stationären Rehabilitation

Anika Zembic und Marie Utsch |
1. Februar 2024 | Q-Day, Bern

CharitéCentrum 1 für Human-
und Gesundheitswissenschaften |
Institut für Medizinische
Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft



Übersicht

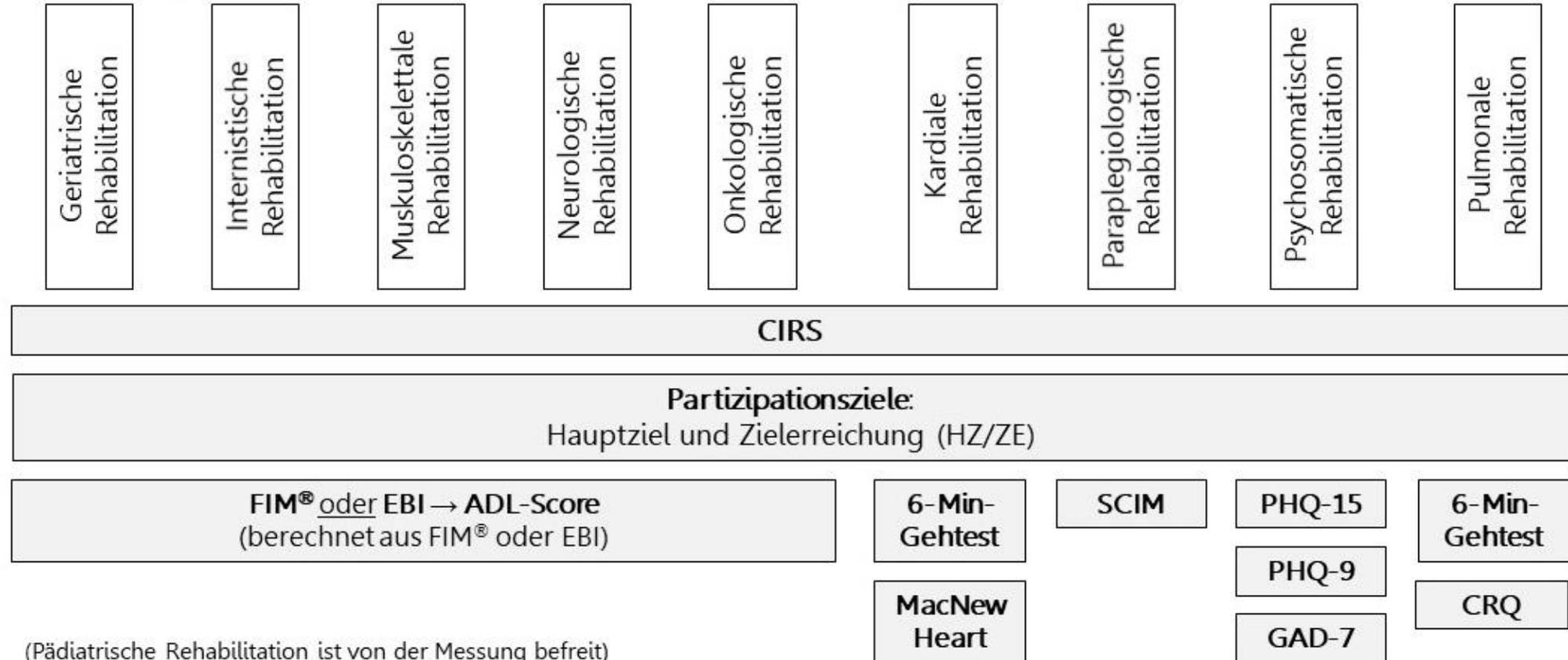
- Teil 1 Nationaler Messplan Rehabilitation & PROMs
- Teil 2 Non-Response bei PROMs & Prädiktoren
- Teil 3 Förder- und Hemmfaktoren in der Umsetzung des PROMIS GH-10
- Teil 4 Diskussion & Fazit

1

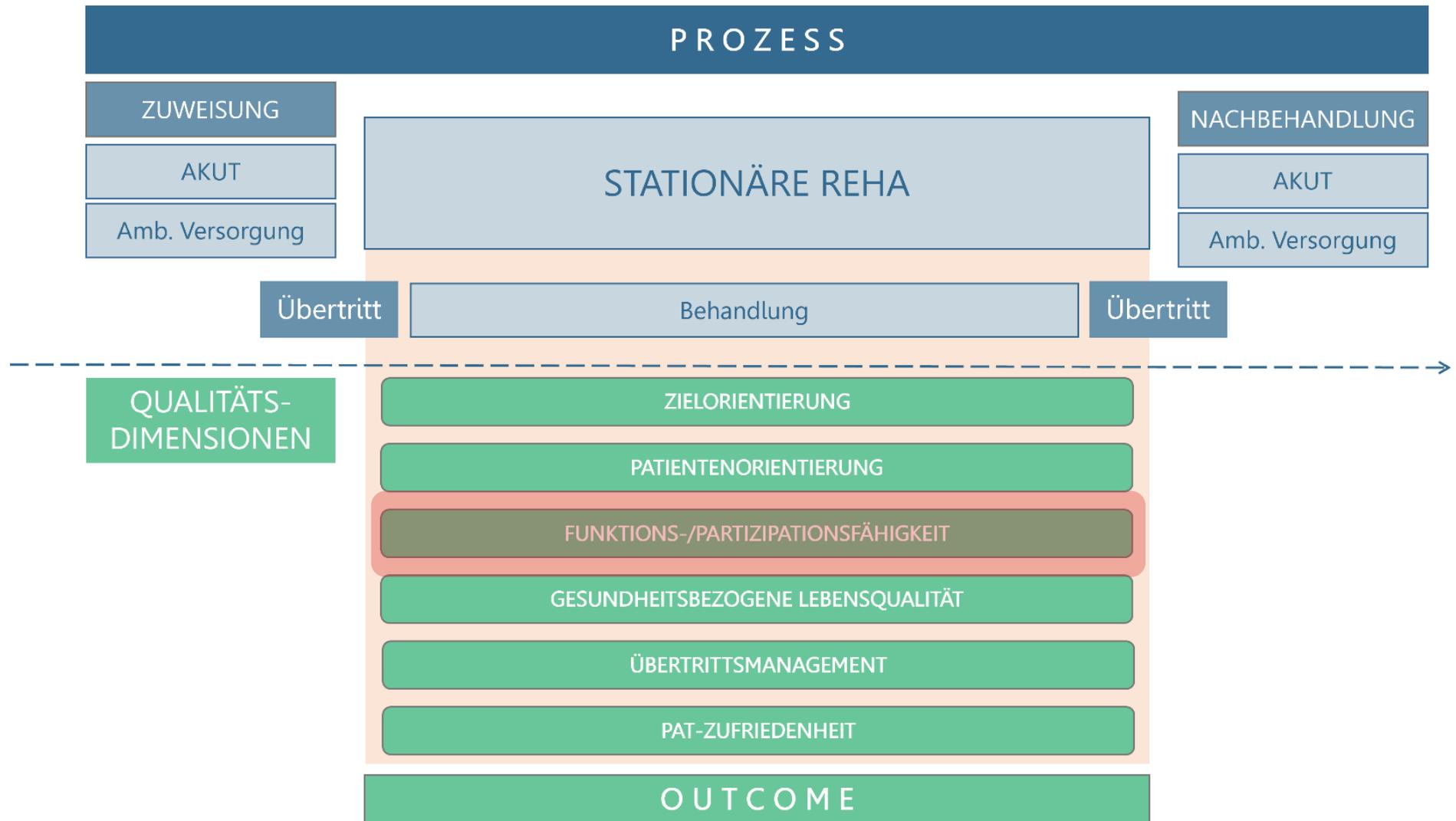
Nationaler Messplan Rehabilitation & PROMs

Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation

anq Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenerhebung nach Rehabereich

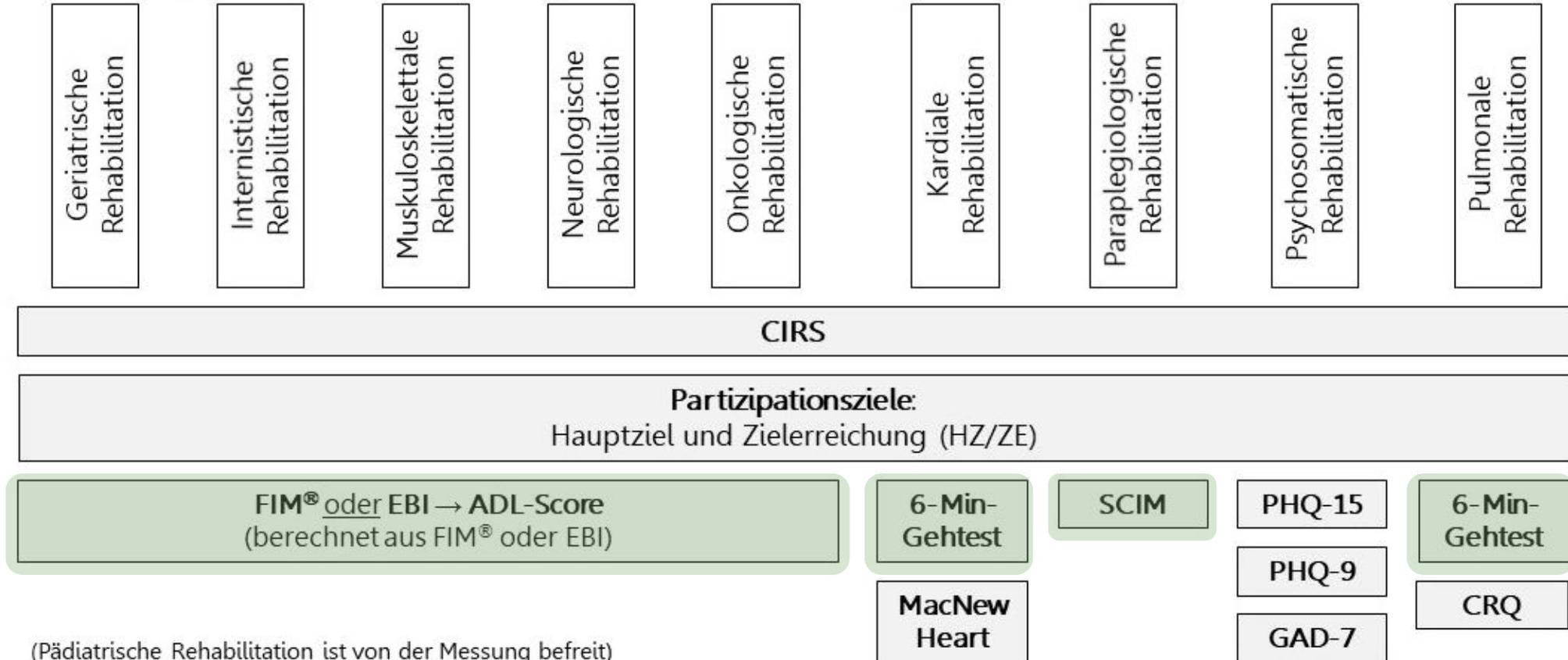


Qualitätsmodell und Weiterentwicklung



Messplan – Funktionsfähigkeit

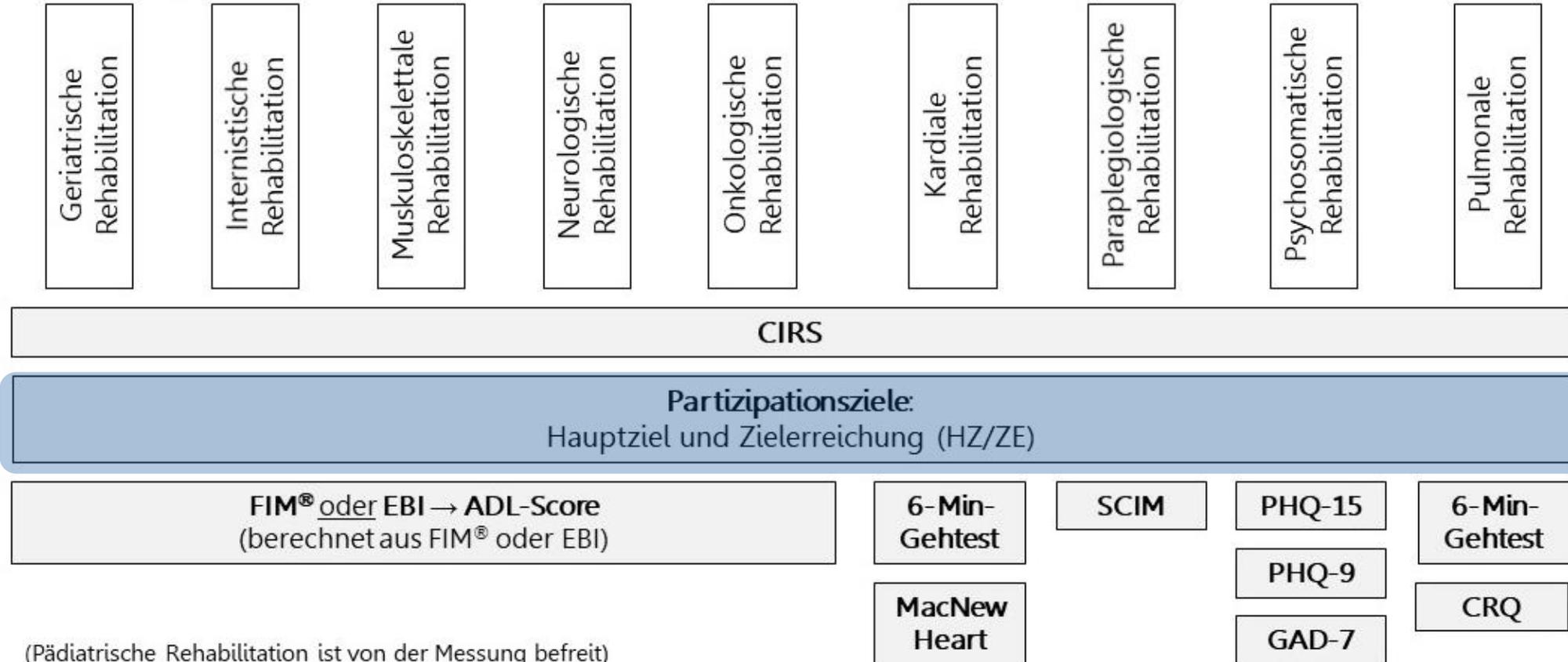
anq Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenerhebung nach Rehabereich



Funktions-/Leistungstests

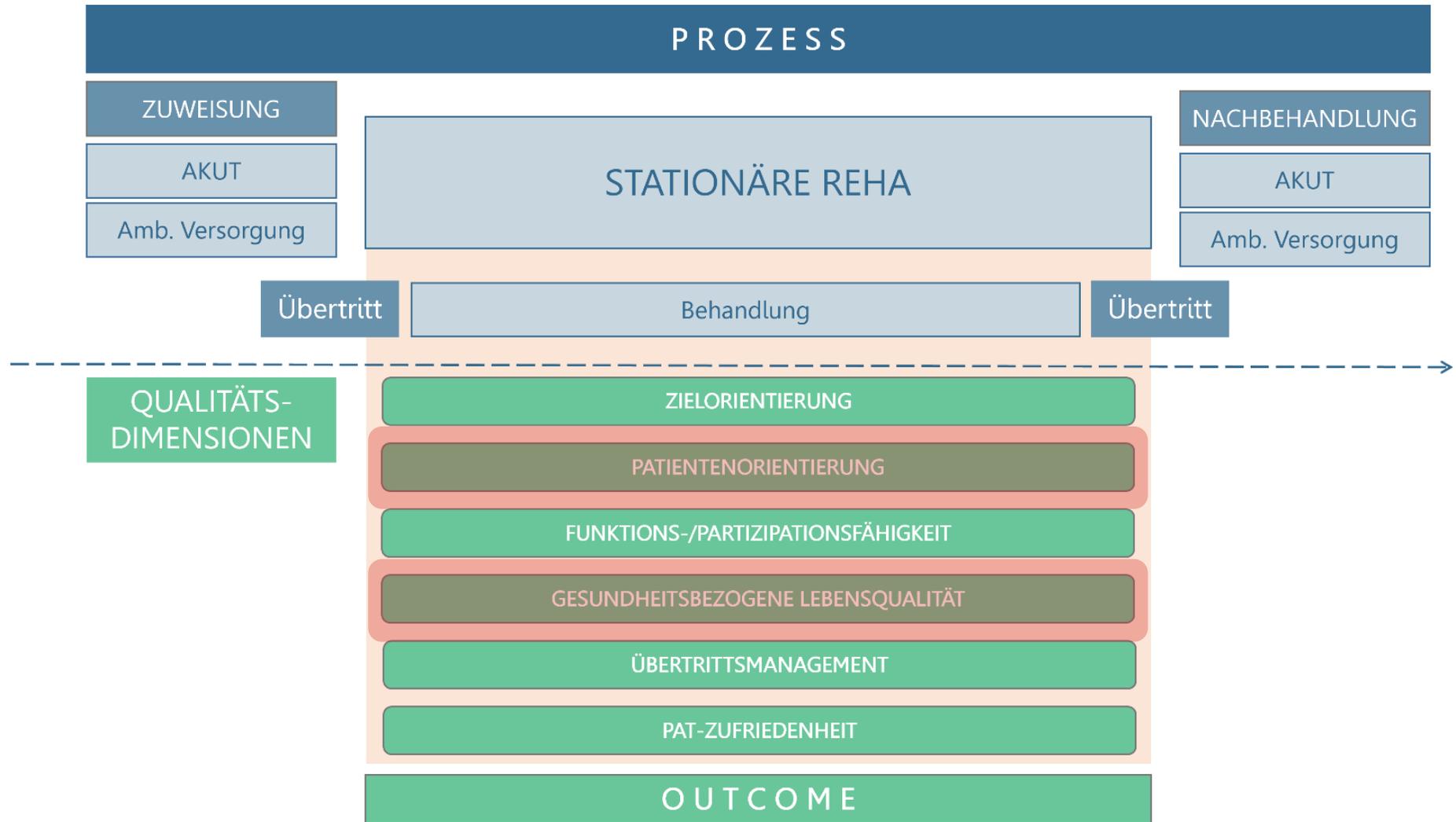
Messplan – Partizipationsfähigkeit

anq Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenerhebung nach Rehabereich

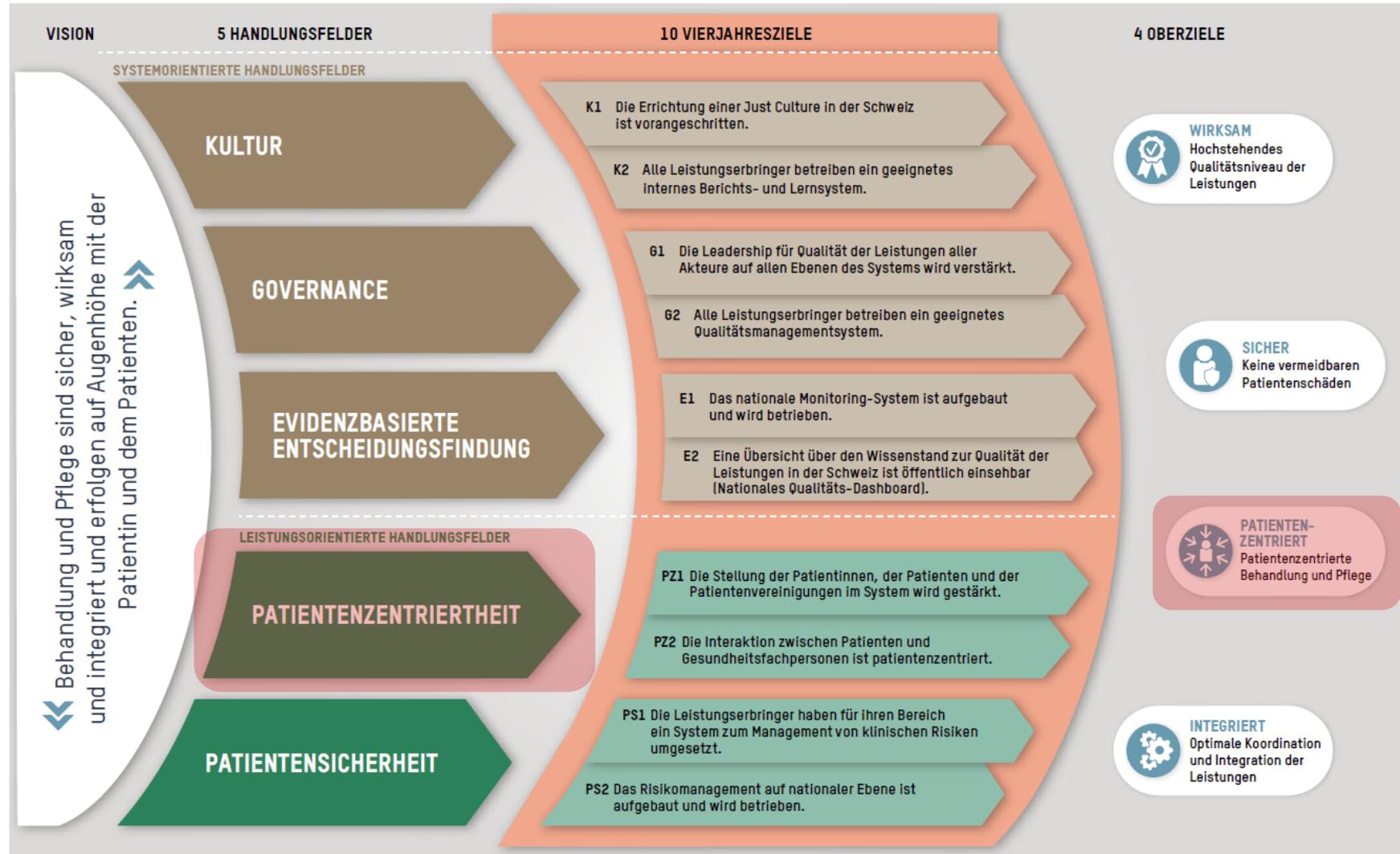


Partizipationsziele

Qualitätsmodell und Weiterentwicklung

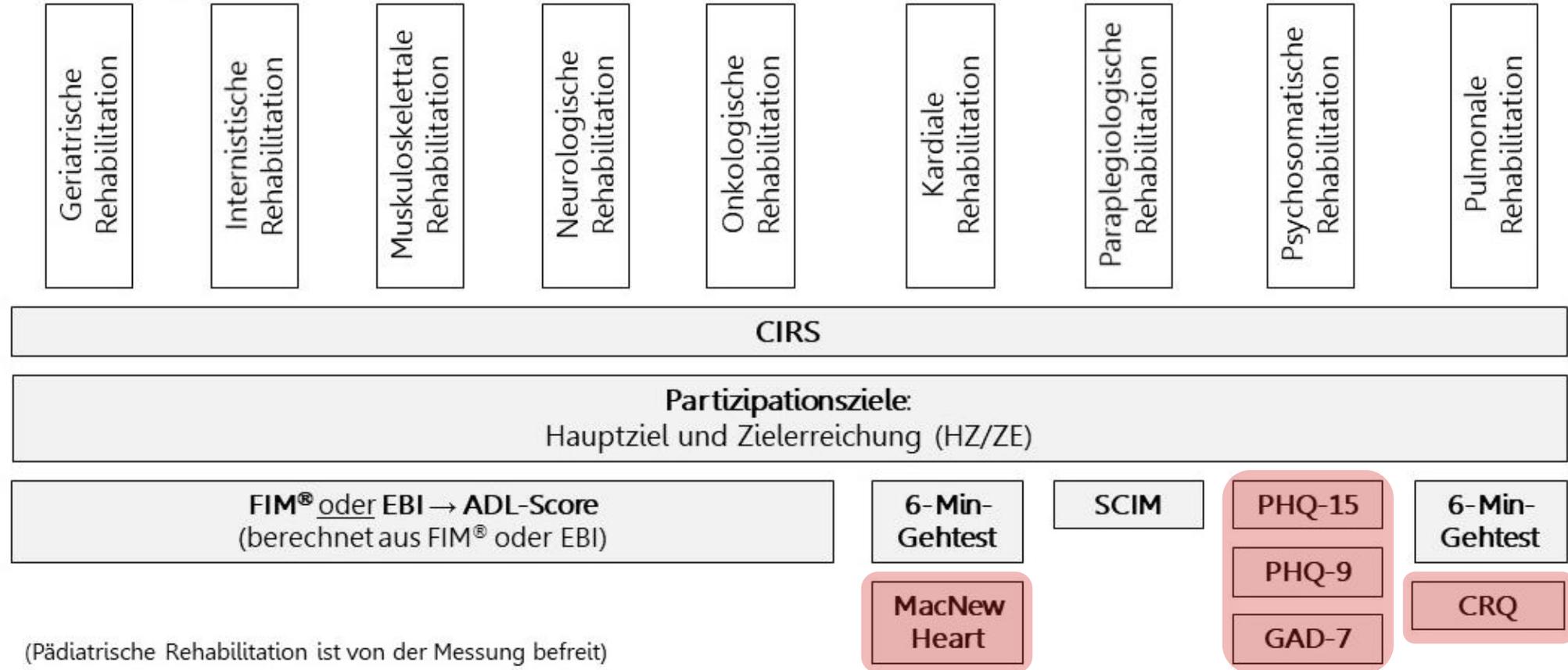


Ziele des Bundesrates zur Qualitätsentwicklung für die Jahre 2022–2024



Messplan – Gesundheitsbezogene Lebensqualität/Patientenzentrierung

anq Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenerhebung nach Rehabereich



Patient-reported Outcome Measures (PROMs)

Patientenzentrierung – Wie geht es Ihnen heute?

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQoL)

- Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen
- Beschreibt den subjektiven Gesundheitszustand über klinische Werte hinaus
- Verbesserung der Lebensqualität immer wichtigeres Erfolgskriterium bei der Messung und Bewertung medizinischer Interventionen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität = patient-reported outcome (**PROs**)

(Radoschewski, 2000)

Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)

- Instrumente die aus der Patientenperspektive die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen -> Behandlungserfolg
- Eindeutige Informationen darüber welchen Einfluss Krankheit und Behandlung haben
- Schlüsselkomponenten von patientenzentrierter Behandlung
- Generische PROMs (krankheitsübergreifend) und krankheitsspezifische PROMs (bestimmte Krankheiten und Patientengruppen)

(Churruca, 2021)

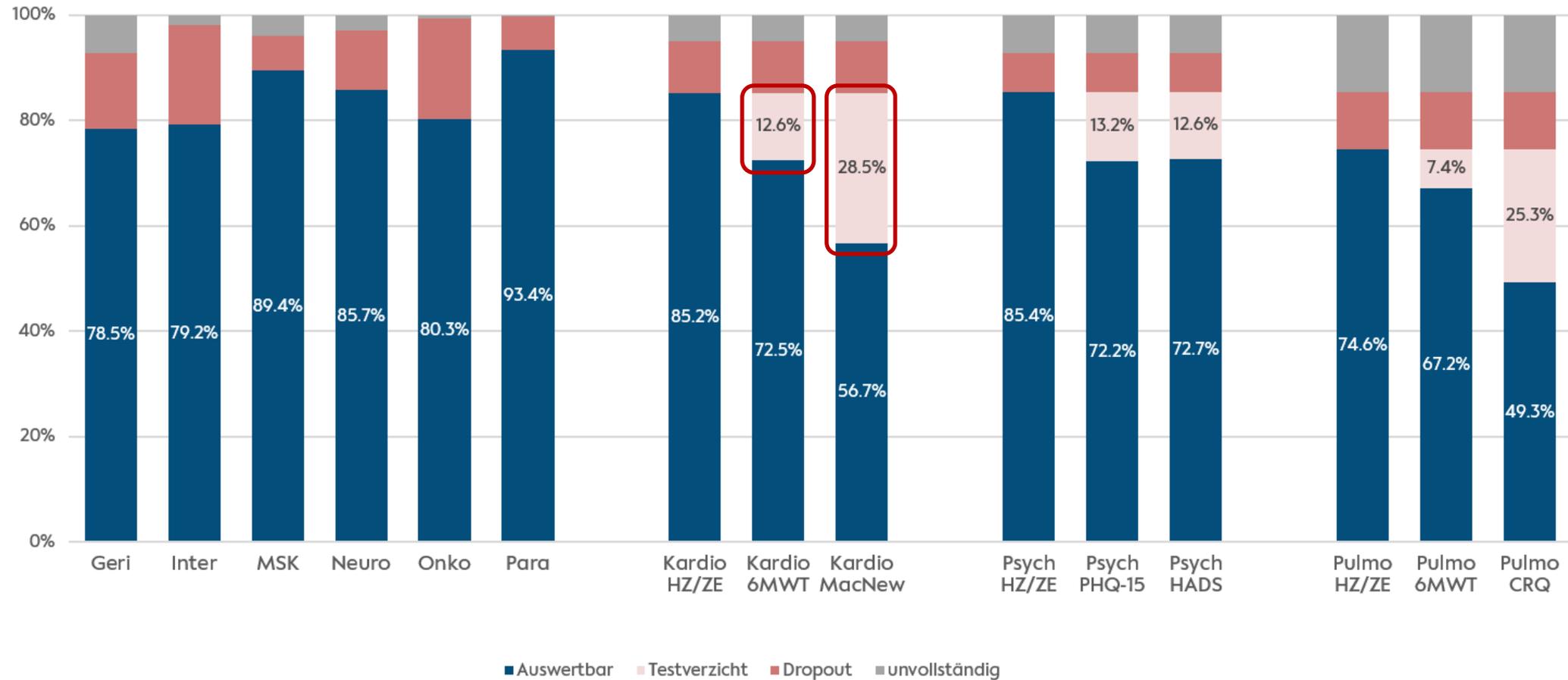
Stärken und Limitationen von PROMs

Benefits	Limitations
Promotes active patient involvement (enables goal setting and discussion of sensitive topics)	The capacity of PROMs to shift the focus of consultations
Enhances the focus of consultations (prioritizes patient needs)	Inaccurately estimate problems
Improves quality of care (enables tailored, holistic care and prompts action)	Raise unrealistic expectations for care
Enables standardized monitoring of patient outcomes	Inhibit patient–clinician interaction
Enhances the patient-clinician relationship (provides reassurance)	Lack of clinically meaningful information and not suitable for all patients

(Campbell et al, 2021)

Non-Response bei PROMs

Anteil auswertbarer Fälle 2022



Non-Response bei PROMs

- Großes Potential von PROMs die Patientenperspektive besser abzubilden und eine ganzheitliche Betrachtung der Behandlung & Behandlungsqualität zuzulassen
- **Aussagekraft eingeschränkt durch hohe Non-Response**

(Coste et al, 2013)

- Non-Response nicht unbedingt problematisch für die Repräsentativität
- **Problematisch wenn systematisch in bestimmten Gruppen (Non-Response bias)**
-> **Patient:innen unterrepräsentiert**

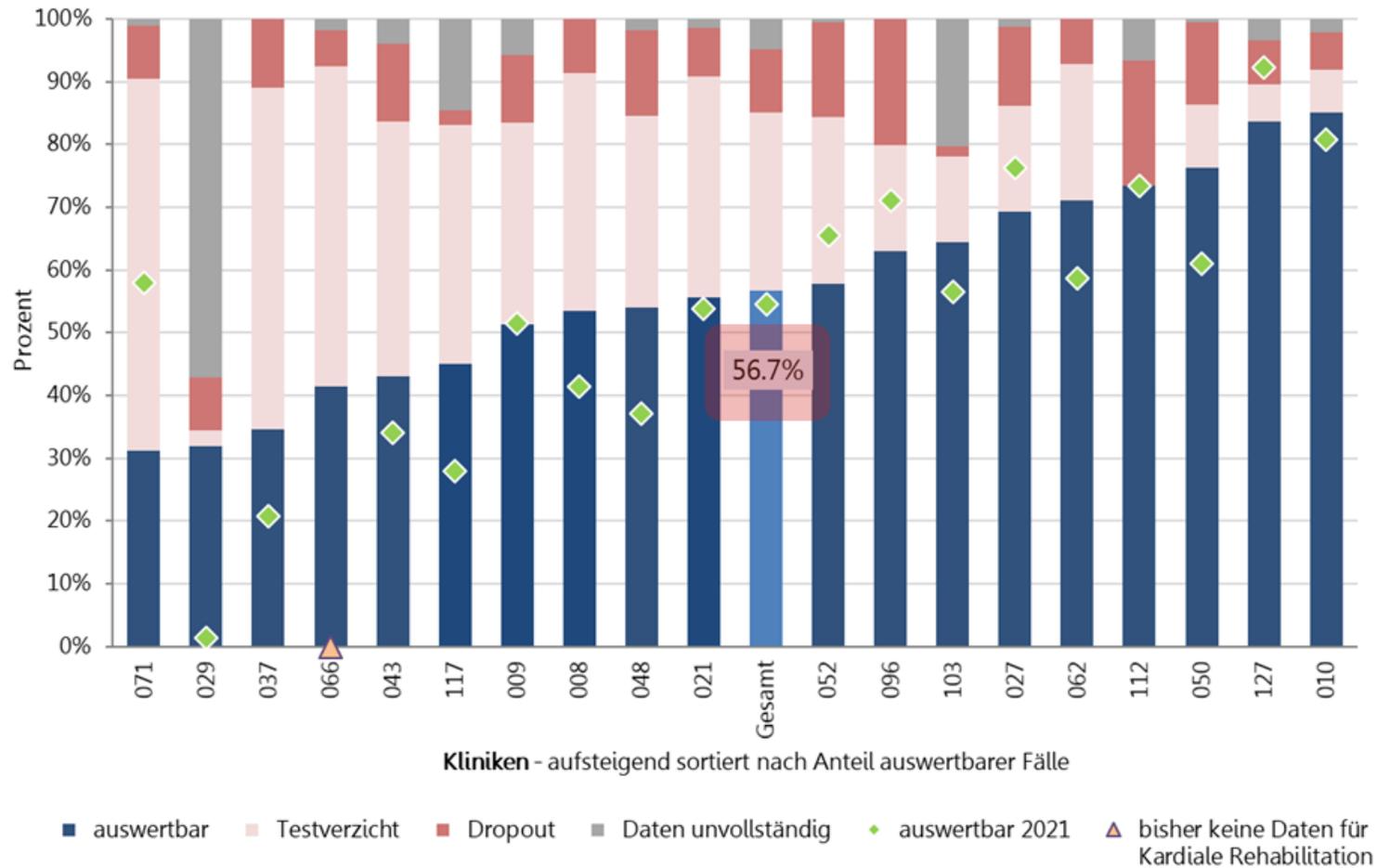
(Hutchings, 2012)

2

Non-Response bei PROMs – Analyse zu Prädiktoren von Non-Response

2.1 Hintergrund

Non-Response kardiale Rehabilitation 2022



Non-Response Analyse

- Querschnittsanalyse aller Patient:innen die von 2016 bis 2019 in der kardialen Rehabilitation waren
- Gibt es bestimmte Gruppen von Patient:innen die eher von Non-Response betroffen sind und damit unterrepräsentiert sind?
- Gibt es Unterschiede der Non-Response Raten zwischen den einzelnen Kliniken?

International Journal for Quality in Health Care, 2022, **34**(4), 1–7
DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac093>
Advance Access Publication Date: 18 November 2022
Original Research Article



(Köhn et al, 2022)

Predicting non-response in patient-reported outcome measures: results from the Swiss quality assurance programme in cardiac inpatient rehabilitation

STEFANIE KÖHN¹, ANNA SCHLUMBOHM¹, MANUELA MARQUARDT¹, ANKE SCHEEL-SAILER², STEPHAN TOBLER³, JAN VONTOBEL⁴ and LUISE MENZI⁵

¹Abteilung Rehabilitationsforschung, Institute of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, Berlin 10117, Germany

²Swiss Paraplegic Centre, Guido-A.-Zäch-Strasse 1, Nottwil CH-6207, Switzerland

³Kliniken Valens, Taminaplatz 1, Valens CH-7317, Switzerland

⁴Hochgebirgsklinik Davos AG, Herman-Burchard-Strasse 1, Davos CH-7265, Switzerland

⁵Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics - ANQ, Weltpoststrasse 5, Bern CH-3015, Switzerland

Address reprint requests to: Stefanie Köhn, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften, Abteilung Rehabilitationsforschung, Charité—Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, Berlin 10117, Germany. Tel: +49 30 450 517 156; Fax: +49 30 450 517 932; E-mail: stefanie.koehn@charite.de

Kardiale Rehabilitation Übersicht

- Jährlich ca. 6'000 Patient:innen aus ca. 15 Kliniken
- Messinstrumente während dem Zeitraum der Studie (2016 bis 2019):
 - MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life questionnaire
- Weitere erhobene Daten:
 - Soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus etc)
 - Reha-Aufenthalt (Diagnosen, Dauer, Aufenthaltsort vor/nach Reha)
 - Komorbidität (Cumulative Illness Rating Scale CIRS)

2.2 Forschungsfrage & Methodik

Forschungsfragen

1. Ist Non-Response bei bestimmten Patient:innengruppen besonders häufig?
2. Welche Prädiktoren für Non-Response gibt es?
3. Lassen sich damit Unterschiede der Non-Response in den einzelnen Kliniken erklären? Oder bleiben die Unterschiede bestehen?

Methodik

- Deskriptive Analyse
 - Stratifiziert nach Non-Responder vs Responders
 - Stratifiziert nach Kliniken
- Querschnittsanalyse -> Logistische Regression (Outcome: Non-Response = ja/nein)
- **Einschlusskriterien:**
 - Alle Patient:innen die eine kardiale Rehabilitation zwischen 2016 und 2019 abgeschlossen haben
 - 18 Jahre oder älter
 - Medizinische Basisdaten, Soziodemografische Daten und Angaben zu CIRS vollständig
 - MacNew Heart vollständig oder dokumentierter Testverzicht

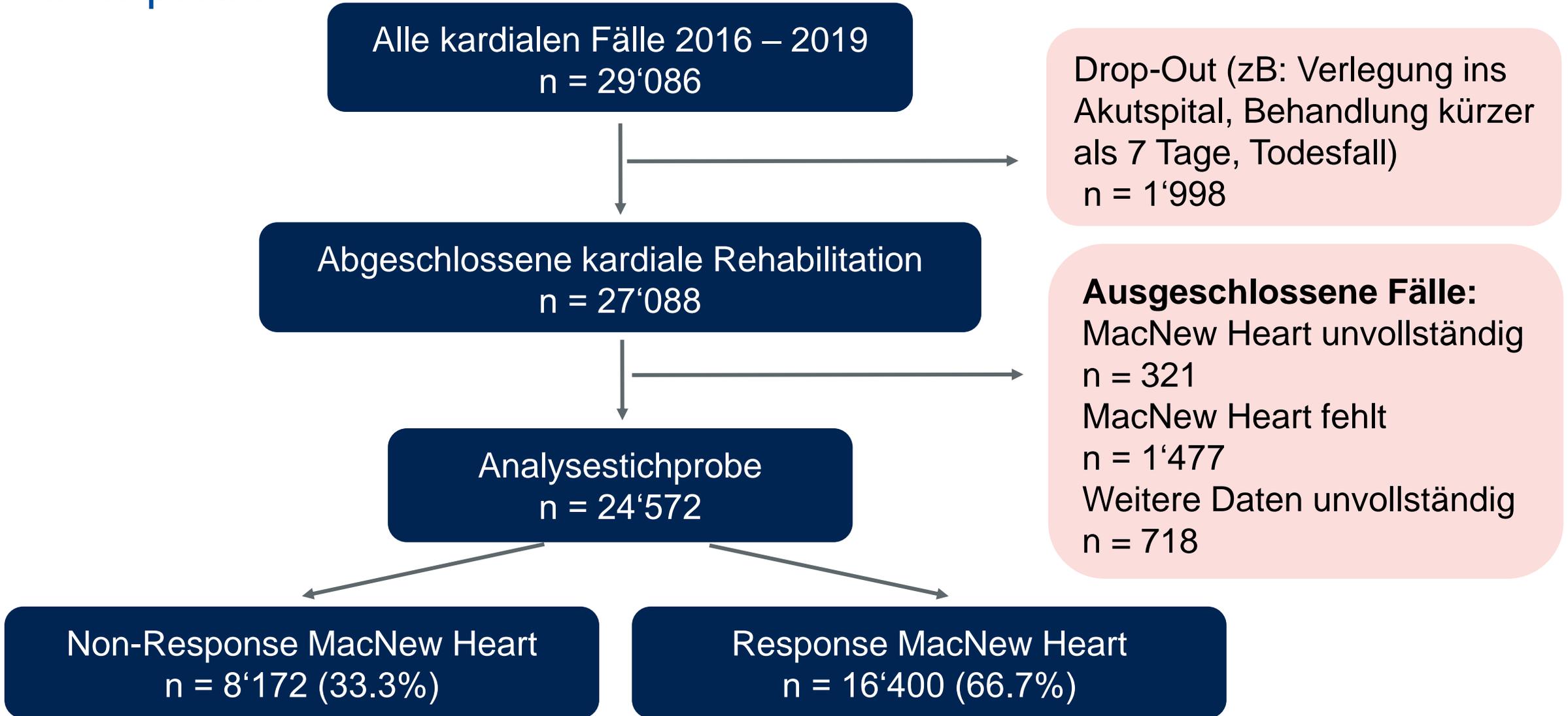
Methodik

- **Covariaten:**

- Alter
- Geschlecht
- Liegeklasse (Allgemein; Privat/Halbprivat)
- Sprachkenntnisse in Deutsch, Französisch, Italienisch (L1=Muttersprache; L2=Nicht-Muttersprache)
- CIRS
- Dauer der Reha
- Aufenthaltsort vor und nach der Reha (Zuhause; Akutspital)
- Kliniknummer

2.3 Ergebnisse

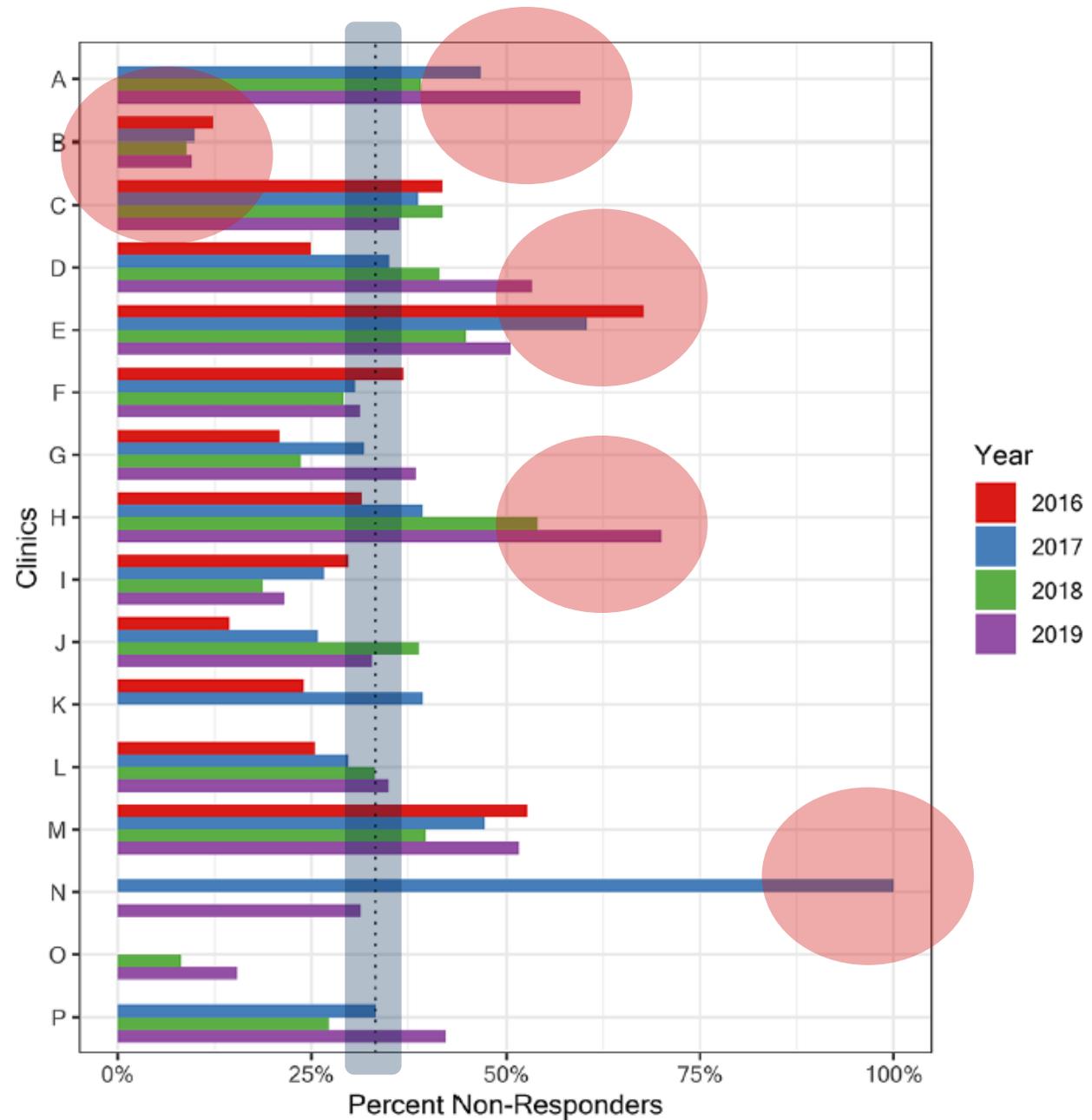
Stichprobe



Deskriptive Ergebnisse – Non-Responders vs. Responders

	Non-Responders MNH		Responders MNH		Gesamt	
	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)	N	Median (IQR)
Alter (Jahre)	8'172	71 (44)	16'400	69 (45)	24'572	70 (45)
CIRS (Punkte)		17 (25)		15 (24)		16 (24)
Dauer der Reha (Tage)		20 (25)		20 (21)		20 (23)
	N	%	N	%	N	%
Frauen	2'771	33.9	4'852	29.6	7'623	31.0
Sprachkenntnisse L1	7'375	90.2	16'053	97.9	23'428	95.3
Liegeklasse Allgemein	6'489	79.4	11'178	68.2	17'667	71.9
Akutspital vor Reha	7'535	92.2	15'142	92.3	22'677	92.3
Akutspital nach Reha	193	2.4	104	0.6	297	1.2

Deskriptive Ergebnisse je Klinik je Jahr



Regressionsergebnisse – Prädiktoren für Non-Response

Prädiktoren	Non-Response MNH	
	OR	95% CI
Geschlecht Weiblich	1.22	1.14–1.30
Alter (Jahre)	1.02	1.02–1.02
Sprachkenntnisse L2	6.95	6.04–8.00
Liegeklasse Allgemein	1.49	1.39–1.59
Dauer der Reha (Tage)	1.01	1.00–1.01
Akutspital vor Reha	1.23	1.10–1.38
Akutspital nach Reha	4.14	3.12–5.50
CIRS (Punkte)	1.05	1.04–1.05

Regressionsergebnisse – Kliniken als Prädiktor

Confounder	Odds Ratio	Konfidenzintervall OR	
		2.5 %	97.5 %
Kliniken (Ref: Klinik A)			
Klinik B	6,35	5,45	7,43
Klinik C	4,42	3,74	5,24
Klinik D	7,95	6,62	9,56
Klinik E	3,82	3,25	4,51
Klinik F	4,29	3,61	5,11
Klinik G	10,53	8,99	12,36
Klinik H	2,58	2,19	3,05
Klinik I	2,79	2,15	3,60
Klinik J	3,29	2,28	4,71
Klinik K	3,36	2,89	3,93
Klinik L	7,30	5,97	8,95
Klinik M	3,97	2,17	7,10
Klinik N	1,49	0,94	2,28
Klinik O	9,78	7,16	13,36
Klinik P	6,02	4,94	7,34

2.4 Zusammenfassung

Zusammenfassung

Patient:innengruppen mit größerer Wahrscheinlichkeit für Non-Response:

- Frauen
- Nicht-Muttersprachler:innen
- Patient:innen in allgemeiner Liegeklasse
- Patient:innen, die aus einem Akutspital aufgenommen werden
- Patient:innen, die in ein Akutspital entlassen werden
- Patient:innen mit höherer Komorbidität

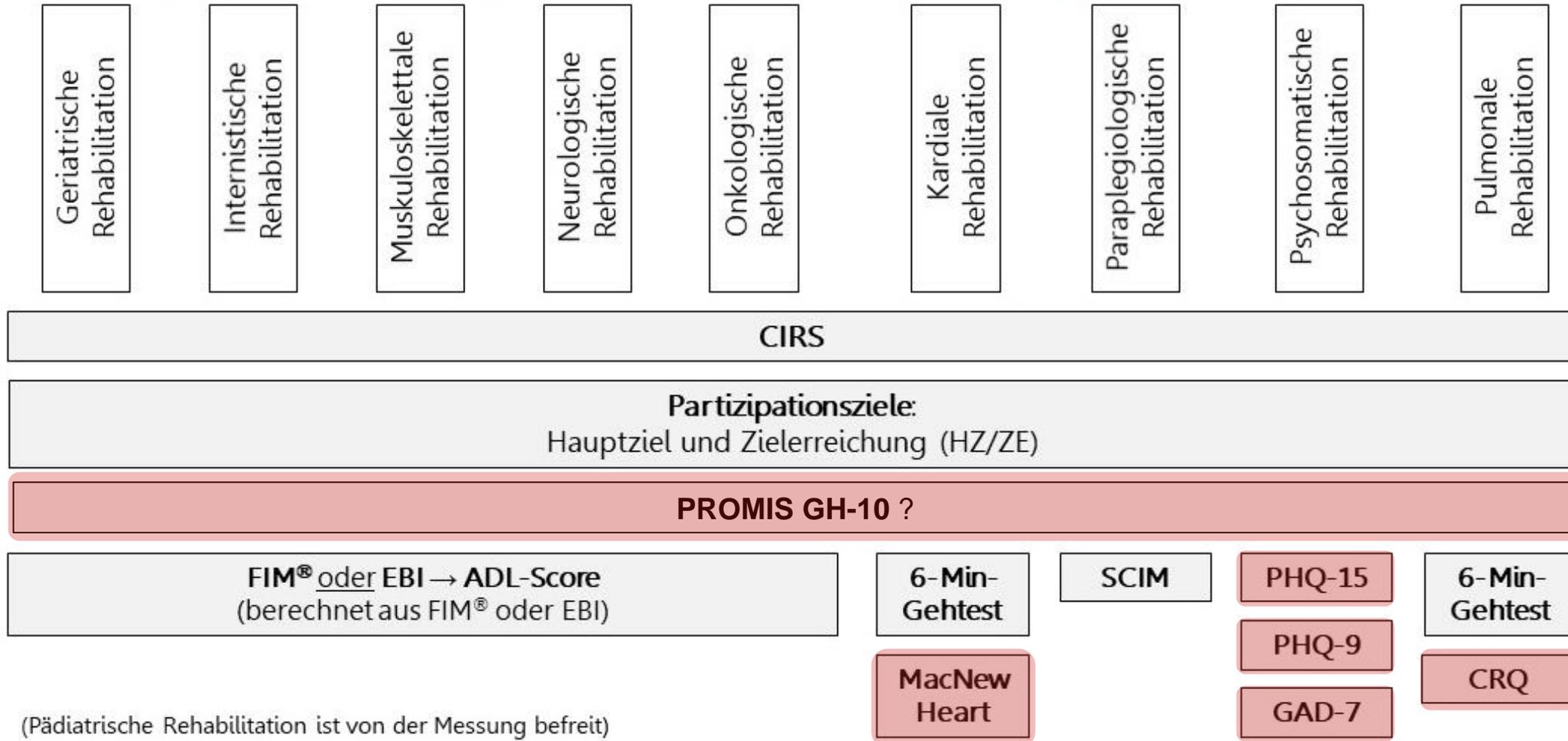
Zwischen den einzelnen Kliniken bestehen große Unterschiede bei der Non-Response Rate

3

Förder- und Hemmfaktoren in der Umsetzung des PROMIS GH-10

Wieso das Pilotprojekt?

anq Nationaler Messplan Rehabilitation – Datenerhebung nach Rehabereich



(Pädiatrische Rehabilitation ist von der Messung befreit)

3.1. Kurzvorstellung

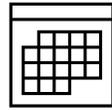
Pilotprojekt zur Stärkung der Patientenperspektive

Projektvorstellung



Stärkung der Patient:innenperspektive durch den Einsatz von PROMs

Überprüfung der Eignung des PROMIS GH-10 zur Messung der Ergebnisqualität in allen neuen Rehabereichen



Datenerhebung vom 3. April bis 31. Dezember 2023



29 Pilotkliniken für 68 Rehabereiche, in allen drei Sprachregionen



PROMIS GH-10 Ein- & Austrittsmessung (elektronisch via Tablett oder auf Wunsch papierbasiert)
Zusatzangaben: Unterstützungsbedarf/ Gründe für Nicht-Teilnahme

Fragestellung qualitatives Teilprojekt

1. Wie praktikabel ist der Einsatz des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag?
 - Sind die Patient:innen in der Lage (ggf. mit Hilfe) den Fragebogen auszufüllen?
 - Welchen Unterstützungsbedarf haben die Patient:innen beim Ausfüllen?

2. Was sind Förder- und Hemmfaktoren bei der Implementierung des PROMIS GH-10 im klinischen Alltag?
 - Wie beurteilt das Gesundheitsfachpersonal (GFP) die Möglichkeiten des Einbezugs der PROMIS GH-10-Ergebnisse in den klinischen Behandlungsprozess?
 - Wie beurteilen Patient:innen den Einbezug der PROMIS GH-10-Ergebnisse im Rahmen ihrer Behandlung?

3.2. Methodik der qualitativen Erhebung



Interessensabfrage

Abfrage per Mail → positiver Rücklauf Gesundheitsfachpersonals (GFP)

Leitfaden



10 Fragen + Vertiefungsfragen



Rekrutierung

Rekrutierung durch E-Mail und Anmeldelink

Durchführung



1. 1x Fokusgruppe
 2. 2x Gruppeninterview
 3. 5x Einzelinterviews
- 12 Teilnehmende, versch. Qualifikationen aus 10 Kliniken
-



Auswertung

Vereinfachte Transkription
Qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz

3.3. Vorläufige Ergebnisse

Ergebnisse

Förderfaktoren

„Hier ist die **Patientenperspektive wichtig** und das muss in irgendeiner Art und Weise erhoben werden und auch in die Rehabilitation einfließen.“

„Also im zweiten Teil, wo wir den Prozess angepasst haben, haben **wir versucht dem Fragebogen eine gewisse Wichtigkeit zu geben** und haben gesagt, der Sinn muss erklärt werden. [...] Und **dort wurde das dann auch erklärt, warum machen wir den Fragebogen**, warum ist ihre Antwort auch so wichtig, warum machen wir das am Anfang und auch nochmal am Ende.“

„Das ist **bei den Patienten im Zimmer**. Das ganz bewusst, weil eben, beim Ausfüllen dieses Fragebogens, da durchleben die Patienten das bisherige. Und wenn wir das auf noch während der Aufnahme machen würde, würde es den Rahmen sprengen.“

„Die Länge des Fragebogens konnte viele überzeugen, da es **nicht sehr lange** dauerte.“

„Dann haben wir neu aufgegleist, auch **andere Personen ins Boot geholt**.“

„Wir haben auch entschieden, dass dies **nur gezielte Personen von uns machen**, nicht alle, damit wir nicht alle schulen müssen.“

„Das Ziel war, dass **die Patienten wirklich Zeit haben für den Fragebogen**. Weil in der Rehabilitation ist eher alles sehr eng getaktet. Also sie haben sehr viele Termine am Tag und da war die Idee, dass wir uns einen **Zeitraum schaffen**, damit sie dann wirklich auch den Fragebogen ausfüllen können“

Ergebnisse

Förderfaktoren

1

Priorisierung der Erhebung und Erklärung der Relevanz

„Also im zweiten Teil, wo wir den Prozess angepasst haben, haben wir versucht dem Fragebogen eine gewisse Wichtigkeit zu geben und dann auch erklärt, warum machen wir den Fragebogen, warum ist ihre Antwort auch so wichtig, warum machen wir das am Anfang und auch nochmal am Ende.“

2

Gesonderte Zeiten schaffen

„Das Ziel war, dass die Patienten wirklich Zeit haben für den Fragebogen. Weil in der Rehabilitation ist eher alles sehr viel Termine am Tag und da war die Idee, dass wir uns einen Zeitraum schaffen, damit sie dann wirklich auch den Fragebogen ausfüllen können“

3

Kurzer Fragebogen

„Die Länge des Fragebogens konnte es nicht sehr lange dauerte.“

4

Relevanz der Patient:innenperspektive

„Hier ist die Patient:innenperspektive wichtig und das muss werden und auch in die Rehabilitation einfließen.“

5

Durchführung im Patient:innenzimmer bzw. in ruhiger Atmosphäre

„Das ist bei den Patienten im Zimmer. Das ganz bewusst, weil eben, das ist bei den Patienten das bisherige. Und wenn wir das in ruhiger Atmosphäre Aufnahme würde, würde es den Rahmen sprengen.“

6

Geregelte Aufgabenverteilung

„Dann haben wir neu aufgegleist, auch andere Personen ins Boot geholt.“
„Wir haben auch entschieden, dass dies nur gezielte Personen von uns machen, nicht alle, damit wir nicht alle schulen müssen.“

Ergebnisse

Hemmfaktoren

„Es hat für mich **keinen Zusatznutzen**. Ich habe das nicht in einem Gespräch vertieft «oh, sie haben ja starke Schmerzen angegeben...» - das habe ich nicht als Teil meiner Aufgabe gesehen, [...] sondern eher im Rahmen des Klinikalltages, mal mit der Stationsärztin angesprochen [...], aber ich habe es sonst in meinem Klinikalltag nicht weiterverwendet, daher habe ich es nicht als weiteren Nutzen gesehen für den Klinikalltag.“

„Wir wollten den Fragebogen ja auch im Behandlungsteam zur Verfügung stellen und das hat natürlich **nicht funktioniert, da das Tablet nicht bei uns im Netzwerk eingebunden** war. So hatten wir es nur lokal und wir hatten zwei Tablets.“

„Wir haben immer wieder **Fehlermeldungen**, aber wir konnten aber diese Fehler selbst überhaupt nicht erkennen und beheben.[...] Und es gab auch **keine Testumgebung**. Also wir konnten am Anfang das nicht mal üben an einem Patienten. [...] Und das **System ist auch mal abgestürzt**, komplett und dann [konnten wir] mehrere Tage [...] keine Befragung machen.“

„Es **gab sehr wenige, die den Fragebogen mit dem Tablet ausfüllen** konnten. Bei der Geriatrie wiederum gar niemand. Dort musste ich es ausfüllen, entweder haben die Hände gezittert oder sie wussten nicht, wie es geht oder waren **allgemein abgelehnt gegenüber der Technologie** und auch die anderen: Viele waren müde, und wollten es nicht auf dem Tablet lesen, die Schrift ist klein und man kann diese auch nicht einstellen.“

„wenn die einfach das **nicht so gut verstehen**, dann muss man alles vorlesen und vielleicht auch mehrfach und sie **brauchen dann Zeit**, um darüber nachzudenken.“

„**Am schwierigsten** war es mit neurologisch betroffenen Patienten. Geriatrie manchmal, je nach dem, und natürlich **schlechter Allgemeinzustand**, also Leute, die einfach schwach sind oder denen es immer schlecht ist oder die **schwindlig** sind.“

Ergebnisse

Hemmfaktoren

1

Fehlender Nutzen im Therapiealltag

„Es hat für mich **keinen Zusatznutzen**. Ich habe das nicht in einem Gespräch vertieft «oh, sie haben ja starke Schmerzen angegeben...» - das habe ich nicht als Teil meiner Aufgabe gesehen. [...] Ich habe es einmal mit der Stationsärztin angesprochen [...], aber ich habe es sonst in meinem Klinikalltag nicht weiterverwendet, daher habe ich es nicht als weiteren Nutzen gesehen für den Klinikalltag.“

2

Keine Vernetzung mit anderen Systemen

„Wir wollten den Fragebogen ja auch im Behandlungsteam zur Verfügung stellen und das hat natürlich nicht funktioniert, da das Tablet nicht mit dem Netzwerk eingebunden war. So hatten wir es nur lokal und wir hatten zwei Tablets.“

3

Technische Probleme

„Wir haben immer wieder **Fehlermeldungen**, aber wir konnten aber diese Fehler selbst überhaupt nicht erkennen und beheben. [...] Und es gab auch keine Hilfestellung. [...] Wir konnten am Anfang das nicht mal üben an einem Patienten. [...] Und das **System ist auch mal abgestürzt**, komplett und dann [konnten wir] mehrere Tage [...] keine Befragung machen.“

4

Technische Überforderung

„Es **gab sehr wenige, die den Fragebogen mit dem Tablet ausfüllen** konnten. Bei der Geriatrie wiederum gar niemand. Dort musste ich es ausfüllen, entweder haben die Hände gezittert oder sie wussten nicht, wie es geht oder waren **überfordert mit der Technologie** und auch die anderen: Viele waren müde, und wollten es nicht auf dem Tablet lesen, die Schrift ist klein und man kann diese auch nicht einstellen.“

5

Zusätzlicher Zeitaufwand

„wenn die einfach das **nicht so gut verstehen**, dann muss man alles vorlesen und vielleicht **brauchen dann Zeit**, um darüber nachzudenken.“

6

Schlechter Allgemeinzustand der Patient:innen

„**Am schwierigsten** war es mit **schlecht betroffenen Patienten**. Geriatrie manchmal, je nach dem, und natürlich **schlechter** Leute, die einfach schwach sind oder denen es immer schlecht ist oder die **schwindlig** sind.“

Ergebnisse

Implementierungsvorschläge

„wenn man sich dann die **Zeit nimmt**, dies **im interprofessionellen Team zu besprechen**, dann kann das von Nutzen für den Patienten sein.“

„[...] eine **Auswertung** [wäre] toll oder ein gewisses **Feedback** [...] oder vielleicht kann man auch den Patienten so ein Feedback per E-Mail schicken.“

„Was ich noch ganz gut fände, wenn es noch eine Hilfestellung gäbe, wie man **vereinfacht den Patienten erklären** kann, **um was es geht**. [...]

„[...] die **Tabletversion** finde ich **schwierig** bei den meisten Patienten, daher müsste man wirklich eine **Papierversion** haben.“

[...] im normalen **Eingangsgespräch** wäre es noch einfacher“

„Man muss wirklich die Form überdenken. Von der reinen Befragung wegkommen, die **Daten zusammenfassen**, die Abläufe verschlanken, **keine Redundanzen** in den ewig selben Fragen. Das würde ich so zurückgeben bei der Implementierung.“

„Meine Empfehlung wäre im Moment, ich würde den Fragebogen **nicht implementieren**, ganz ehrlich. Die **Themen sind wichtig, aber wir machen schon sowieso viel**, dass dieser Fragebogen per se aktuell keinen Mehrwert hat.“

„[...] ich sehe nicht, dass unsere Abteilung das weiter macht. Wir haben **nicht die Zeit**, um das fortwährend zu machen.“

„[...] wirklich **ins Klinische integrieren**, da sehe ich einen Nutzen.“

„Es geht um die **Praktikabilität**. Es darf **nicht** sein, dass wir am Schluss Patienten haben, **damit wir Befragungen leisten können**.“

Ergebnisse

Implementierungsvorschläge

„wenn man sich dann die Zeit nimmt, zu besprechen, dann kann das von Nutzen für den Patienten sein.“

1

Besprechung im interprofessionellen Team

„[...] eine **Auswertung** [wäre] toll oder ein gewisses Feedback für Patient:innen per E-Mail schicken.“

2

Auswertung / Feedback für Patient:innen

„Was ich noch ganz gut Hilfestellung gäbe, wie man **den Patienten erklären** kann, um was es geht. [...]“

3

Hilfestellung Nutzen erläutern

„[...] die **Tabletversion** finde ich **schwierig** bei den meisten Patienten, daher müsste man wirklich eine **Papierversion** haben.“

4

Tablet vs. Papier

„[...] im normalen **Organisations-optimierung** einfacher“

5

Organisations-optimierung

„Man muss wirklich die Form überdenken. Von der reinen Befragung wegkommen, die **Daten zusammenfassen**, die Abfrage verschlankt, **keine Redundanzen** in den ewig selben Fragen. Das würde ich so zurückgeben bei der Implementierung.“

6

Redundanzen vermeiden

„Meine Empfehlung wäre im Moment, ich würde den Fragebogen **nicht implementieren**, ganz ehrlich. Die Themen sind wichtig, aber wir machen schon sowieso viel, dass dieser Fragebogen per se aktuell keinen Mehrwert bringt.“

Gegen die Implementierung

→ **keine Ressourcen und keinen Nutzen**

8

„[...] wirklich **ins Klinische integrieren**, da sehe ich einen Nutzen.“

7

„Es geht um die **Datenerhebung** nicht sein, dass wir am Schluss Patienten haben, die **keinen Selbstzweck** leisten können.“

3.4. Zusammenfassung

Zusammenfassung

Förderfaktoren

- Priorisierung der Erhebung
- Relevanz der Patient:innenperspektive
- Richtige Rahmenbedingungen
- Kurzer Fragebogen

Hemmfaktoren

- Technische Hemmnisse
- Fehlender Nutzen im Therapiealltag
- Zusätzlicher Zeitaufwand/ Ressourcen
- Patient:innenbezogene Faktoren



Implementierung

- Einbindung in den Therapieablauf
- Konkrete, aber flexible Umsetzungsstrategien in der Organisation
- Einbeziehung der Patient:innen (Feedback)
- Funktionierende technische Lösung (in Kombination mit papierbasierter Erhebung)

4

Diskussion & Fazit

Fazit

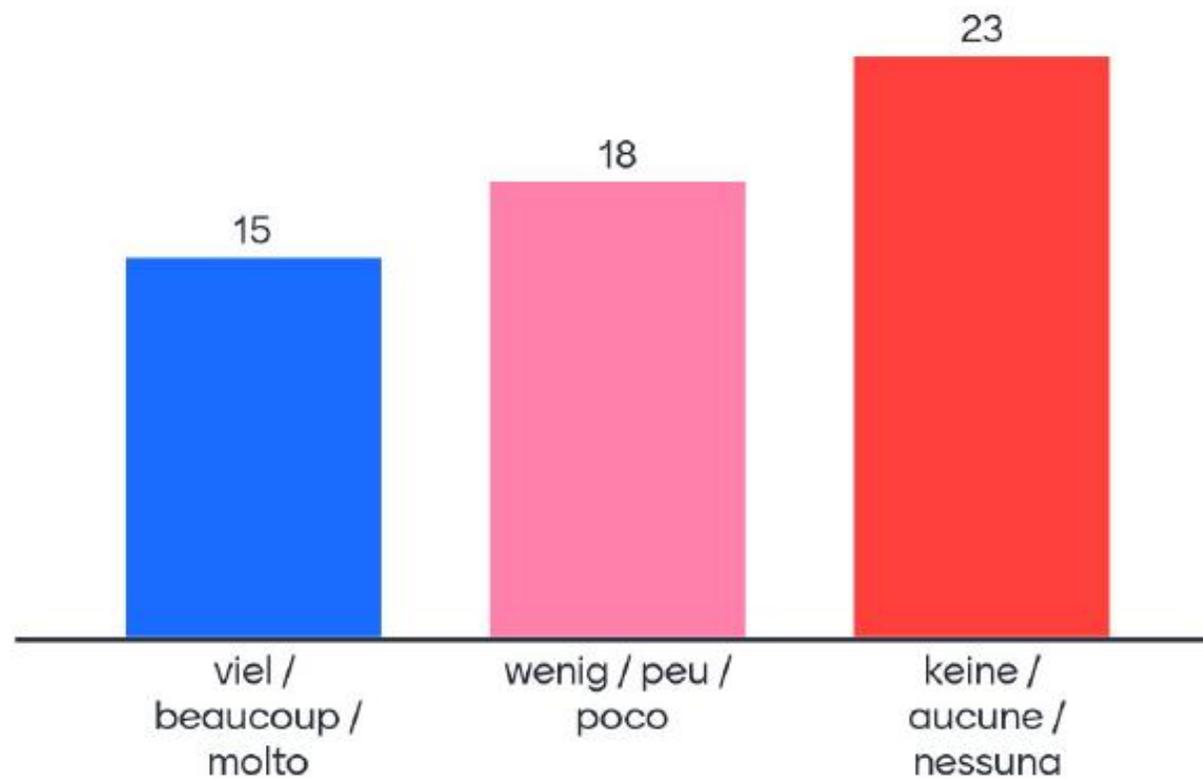
Die moderne Medizin ist durch einen Paradigmenwechsel im Verständnis von Gesundheit gekennzeichnet, bei dem nicht mehr im Vordergrund steht, was Krankheit dem menschlichen Körper antut, sondern was Krankheit dem Menschen antut.

- Erhebung von PROMs hat hohe Relevanz
- Zahlreiche Herausforderungen bei der Erhebung
 - Non-Response stellt zentrales Problem dar
- Aus internationaler Literatur bekannte Förder- und Hemmfaktoren haben sich auch im Pilotprojekt wieder gezeigt

Kovács, L., Kipke, R., & Lutz, R. (2015)

Gemeinsames Fazit Ergebnisse Mentimeter

Eigene Erfahrungen mit PROMs



Implementierungsvorschläge

Tablet & Papier um Bias zu vermeiden

Finanzierung für diese zusätzliche Leistung

Emphatische Befragung der Patient:innen notwendig

Study Nurses einsetzen und Commitment von dem Behandlungsteam verlangen.

Kurze Fragebögen

Thema wirklich erklären an Teilnehmer und Involvierte

Eigene IT Entwicklung ist vielleicht das beste.

Personelle Ressourcen aufstocken

Implementierungsvorschläge

Schulungen für HCP

Als Instrument im
Rehapprozess nutzen

Finanziell / Ressourcen nicht
möglich - nur mit Anstellungen
neue MA möglich, aber aktuell
kein Nutzen sichtbar

Papier et informatique

Extra Teams welche in die
Kliniken gehen um die
Befragung zu machen,

Ne pas généraliser la mesure
au niveau national. Trop de
difficultés pour certaines
cliniques et pas de ressources
pour la mesure.

Bitte lasst den
Zusatzaufwand sein

nutzen aufzeigen

Implementierungsvorschläge

Einsatz von
krankheitsspezifischen
Fragebögen.

Nur in bestehende
Prozesse integriert

Nur Elektronisch mit direkter
Anbindung an die
elektronische Patienten Akte

Soutien logistique Eviter des
recopiages par les équipes
soignantes

Version papier importante en
gériatrie Aide pour les
questionnaires (non soignant)

Gute technische Lösung, die
sowohl in die klinikinterne IT
Landschaft als auch in den
Betrieb passt

Der konkrete Nutzen im
Rahmen der Behandlung
ist wichtig.

Entlastung Fachpersonen

Implementierungsvorschläge

Noch kürzerer
Fragebogen

Messstrategie hilft,
Redundanzen in
Befragungen zu vermeiden

Infos was der FB aussagt
auch für das med. Personal

Bonne communication de
départ

Mesure
optionnelle/facultative

1. Finanzierung zuerst richtig
Regeln
2. Nationale
Koordination voraussetzen

Ein sehr allgemeiner PROMs
für alle Bereiche hat weniger
Nutzen im klinischen Alltag als
bereisspezifisch.

Les patients et patientes
doivent pouvoir en retirer un
avantage concret

Implementierungsvorschläge

Resultate wenn möglich im KIS direkt beim Patient einsehbar

Utiliser les proms comme démarche clinique et pas seulement de surveillance

In der Neuroreha sind viele Patienten kognitiv nicht fähig, den Fragebogen auszufüllen Follow ups nach dem Aufenthalt wären für die Nachhaltigkeit spannend, Umsetzung jedoch schwierig

Pilotprojekte für win Situationen nach Implementierung

Wie den Ressourcenaufwand erklären?

Zusammenarbeit mit patientenvertretung

Un solo questionario e non come attualmente 4!

Deployer le questionnaire court pour les readaptations qui utisent deja questionnaires de qualite de vie

Implementierungsvorschläge

Ergebnisse mit Patienten besprechen, bzw. als ein Evaluationskriterium unter vielen

Donner un retour aux patients

Mehrsprachigkeit berücksichtigen

Extra Zeitfenster und personal Ressourcen einplanen

Eine value based Health Kultur fördern

Wichtiges und gutes Instrument. Setzt die Klärung der Ressourcenfrage zwingend voraus.

Gemeinsam ausfüllen und Rückmeldungen aufgreifen

Anstatt zusätzliche Messung, eine Messung ersetzen durch eine andere

Implementierungsvorschläge

Lösung für
Fremdsprachige

Nutzen muss ganz klar
gegeben sein. Und somit die
Schlussfolgerungen. Wie geht
es dann weiter?

Datenerhebung vs. adhoc
Verwendung während des
Aufenthalts

Ist es eine Befragung oder eine
Hilfe während des Aufenthalts
für den Therapieform

Mehr Zeit geben

Soft Faktoren lassen sich am
besten in der Muttersprache
ausdrücken

Literatur

Literatur

Campbell R, Ju A, King MT, Rutherford C. Perceived benefits and limitations of using patient-reported outcome measures in clinical practice with individual patients: a systematic review of qualitative studies. *Qual Life Res.* 2022 Jun;31(6):1597-1620. PMID: 34580822.

Churruca K, Pomare C, Ellis LA, Long JC, Henderson SB, Murphy LED, Leahy CJ, Braithwaite J. Patient-reported outcome measures (PROMs): A review of generic and condition-specific measures and a discussion of trends and issues. *Health Expect.* 2021 Aug;24(4):1015-1024. PMID: 33949755.

Coste J, Quinquis L, Audureau E, Pouchot J. Non response, incomplete and inconsistent responses to self-administered health-related quality of life measures in the general population: patterns, determinants and impact on the validity of estimates - a population-based study in France using the MOS SF-36. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Mar 13;11:44. PMID: 23497315.

Hutchings A, Neuburger J, Grosse Frie K, Black N, van der Meulen J. Factors associated with non-response in routine use of patient reported outcome measures after elective surgery in England. *Health Qual Life Outcomes.* 2012 Mar 30;10:34. PMID: 22462512.

Köhn S, Schlumbohm A, Marquardt M, Scheel-Sailer A, Tobler S, Vontobel J, Menzi L. Predicting non-response in patient-reported outcome measures: results from the Swiss quality assurance programme in cardiac inpatient rehabilitation. *Int J Qual Health Care.* 2022 Dec 8;34(4):mzac093. PMID: 36399024.

Kovács, L., Kipke, R., & Lutz, R. (Eds.). (2015). *Lebensqualität in der Medizin*. Springer-Verlag.

Radoschewski M, Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße. *Entwicklungen und Stand im Überblick.* *Bundesgesundheitsblatt* 2000 · 43:165–189