

Pflegeinterventionen zur Förderung der Adhärenz bei Menschen mit einer Depression

Literaturübersicht

Bachelorarbeit

von

Miriam Moretti und Marlène Marti

Bachelor 2014-2017

Erstgutachterin: Regula Bucher

Hochschule für Gesundheit Freiburg

Studiengang Pflege

13 Juli 2017

Danksagung

Die Autorinnen möchten sich ganz herzlich bei allen Personen bedanken, die sie während dem Schreiben der Bachelorthesis unterstützt haben. Ein spezieller Dank richtet sich an die Erstgutachterin Regula Bucher für die kompetente Begleitung. Frau Bucher hat die Autorinnen bei Fragen und Unklarheiten tatkräftig unterstützt und stand ihnen während mehr als einem Jahr zur Seite.

Ein weiterer Dank geht an Nicole Arz für das Korrekturlesen der Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract / Zusammenfassung	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Problemstellung	6
1.2 Ziel.....	8
2 Theoretischer Rahmen.....	9
2.1 Die Depression.....	9
2.2 Die Adhärenz	12
2.2.1 Definition von Adhärenz	12
2.2.2 Von Compliance zu Adhärenz	12
2.2.3 Die 5 Dimensionen der Adhärenz.....	13
2.2.4 Erfassung der Adhärenz	14
2.2.5 Depression und Adhärenz	15
2.2.6 Einflussfaktoren der Adhärenz hinsichtlich der Behandlung der Depression.....	16
2.3 Personenzentrierte Pflege	17
2.3.1 Hintergrund	17
2.3.2 Das Framework von McCormack und McCance.....	18
3 Methode.....	21
3.1 Design	21
3.2 Literaturrecherche.....	21
3.2.2 Auswahl der Studien	23
3.3 Beurteilung der Studien	24
3.4 Ethische Überlegungen	24
4 Ergebnisse.....	26
4.1 Flow-Chart.....	26
4.2 Ausgewählte Literatur	27
4.3 Übersicht über die ausgewählten Studien.....	28

4.4	Synthese der Ergebnisse.....	29
4.4.1	Merkmale der Teilnehmenden	29
4.4.2	Medikamenten-Adhärenz.....	30
4.4.3	Therapie-Adhärenz	32
5	Diskussion	34
5.1	Diskussion der Ergebnisse	34
5.1.1	Das Psychoedukationsprogramm.....	34
5.1.2	Das Mehrkomponenten-Programm	35
5.1.3	Online-Kontakte	37
5.1.4	Patientenpräferenzen.....	38
5.1.5	Eine Schulung für PCPs über motivierende Gesprächsführung.....	39
5.1.6	Telefonkontakte mit motivierenden Komponenten	40
5.2	Qualität der eingeschlossenen Studien	42
5.2.1	Glaubwürdigkeit	42
5.2.2	Aussagekraft	42
5.2.3	Anwendbarkeit	43
5.3	Empfehlungen für die Praxis.....	44
5.4	Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit	47
6	Schlussfolgerungen	49
7	Literaturverzeichnis.....	51
8	Tabellenverzeichnis.....	60
9	Abbildungsverzeichnis	60
10	Abkürzungsverzeichnis	61
11	Anhang A	62
11.1	Prävalenz psychische Erkrankungen	62
11.2	PICO-Schema.....	62
11.3	Ätiologie, Symptome und Diagnostik der Depression.....	62
11.4	Häufigkeit der Symptome bei Depressionen.....	63

11.5	Operationalisierte Diagnostik der depressiven Störung	63
11.6	Klinische Skalen zur Erfassung des Grads der Depression	64
11.7	Antidepressiva-Klassen	64
11.8	Belegte psychotherapeutische Verfahren	64
11.9	Phasen der Adhärenz	65
11.10	Adhärenz-Erfassung	66
11.11	Evidenzhierarchie	67
11.12	Selbständigkeitserklärung	68
11.13	Tabellarische Übersichten	69
11.14	Kritische Beurteilungen	81

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Nicht-Adhärenz ist eine der Hauptherausforderungen bei Menschen mit Depressionen. Etwa 30 bis 60 Prozent der Patienten brechen die Antidepressiva-Therapie frühzeitig ab. Auch in der psychotherapeutischen Behandlung ist das nicht-adhärente Verhalten ein weit verbreitetes Phänomen (zwischen 35 und 47 Prozent). Ausserdem wird die Depression selbst zu jenen Einflussfaktoren gezählt, welche die Adhärenz negativ beeinflussen. Laut Forschungsergebnissen kann die Adhärenz durch eine personenzentrierte Haltung positiv beeinflusst werden.

Ziele: Ziele der vorliegenden Literaturübersicht sind: (1) Pflegeinterventionen für die Förderung der Adhärenz zu den Medikamenten und zu den Therapien bei Menschen mit Depressionen zu erkennen, (2) Empfehlungen für die Pflegepraxis abzugeben und (3) zu überprüfen, ob eine Verbindung zwischen den Pflegeinterventionen und dem personenzentrierten Ansatz besteht.

Methode: Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL und PsycInfo. Anhand der Fragestellung wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgestellt. Fünf randomisiert-kontrollierte Studien und eine semi-experimentelle Studie mit Publikationsjahr zwischen 2008 und 2014 wurden zusammengetragen.

Ergebnisse: Alle Studien wiesen eine signifikante Verbesserung der Adhärenz nach. Die Adhärenz wurde je nach Studie zwischen sechs Wochen und einem Jahr anhand verschiedener Messinstrumente erfasst. Folgende Interventionen waren erfolgreich: ein Psychoedukationsprogramm, ein Mehrkomponenten-Programm, eine Schulung für das Fachpersonal zu motivierender Gesprächsführung, die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, Telefonkontakte sowie Online-Kontakte. Die Mehrheit dieser Interventionen stimmten mit dem personenzentrierten Ansatz überein.

Schlussfolgerungen: Die Adhärenz ist ein komplexes Phänomen, das durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Zu ihrer Förderung sind deshalb eher Interventionen effektiv, die auf mehrere dieser die Adhärenz bei der Depression beeinflussenden Faktoren einwirken. Die Autorinnen stellen fest, dass die personenzentrierte Pflege in der Adhärenzförderung bereits häufig integriert wird.

Schlüsselbegriffe: adherence, depression, nursing interventions, person-centered care

1 EINLEITUNG

Adhärenz, das Einhalten von gemeinsam festgelegten Therapiezielen, ist durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die aktive Beteiligung des Patienten sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung im Sinne von „*shared decision-making*“ gekennzeichnet. Die Adhärenz ist eine der wichtigsten Komponenten für den Therapieerfolg. Die Therapie kann nicht erfolgreich sein, wenn sie nicht umgesetzt wird. Die Therapieverfolgung wird durch ein dynamisches und komplexes Zusammenspielen von vielfältigen Faktoren beeinflusst (Sabaté & WHO, 2003; Schulz, 2016; Dachverband Adherence e.V., 2011). Die Komplexität dieses Phänomens stellt somit eine therapeutische Herausforderung dar und kann als «Achillesferse der modernen Gesundheitsversorgung» beschrieben werden (Schulz, 2016, S. 16).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte 2003 folgendes fest: «*increasing the effectiveness of adherence interventions may have a far greater impact on the health of the population than any improvement in specific medical treatment*» (Sabaté & WHO, 2003, S. 11). Angesichts der Bedeutung der Adhärenz in der heutigen Gesellschaft wird in dieser Bachelorthesis vertieft auf die Medikamenten-Adhärenz und die Therapie-Adhärenz eingegangen. Dies wird anhand der Erstellung einer Literaturübersicht, basierend auf dem derzeitigen Forschungsstand, erreicht.

1.1 Problemstellung

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte im Jahr 2003 einen Bericht zur Adhärenz bei chronisch kranken Patienten in Langzeittherapien. In diesem Bericht wurden Zahlen über das Nicht-Einhalten der Therapien bekannt. Ungefähr 50% der Patienten brachen die Therapie nach einem Jahr ab. In Entwicklungsländern waren sogar noch mehr Patienten nicht-adhärent. Die Zahlen stehen für somatische und psychiatrische Erkrankungen und sind diagnoseübergreifend (Sabaté & WHO, 2003). nicht-adhärentes Verhalten ist eine der Hauptursachen für unbefriedigende Behandlungsergebnisse und verursacht eine signifikante Kostenerhöhung im Gesundheitswesen, insbesondere für vermeidbare Wiederaufnahmen und Pflegeleistungen, zusätzliche Arztkonsultationen oder Notfalleinweisungen (Berben & De Geest, 2012; Schulz, 2016) .

In der Schweiz wurden die Kosten bezüglich Nicht-Adhärenz in der Medikamenteneinnahme auf über 30 Milliarden CHF im Jahr 2012 geschätzt (Bugnon & Buchmann, 2012). Darüber hinaus wurde aufgezeigt, dass die Nicht-Adhärenz bei der pharmakologischen Behandlung die Mortalität erheblich erhöht (Simpson u. a., 2006).

Die Depression ist weltweit die häufigste psychische Erkrankung. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken, liegt bei rund 21% (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse, & Moreau-Gruet, 2013) (vgl. Anhang S. 62). In der Schweiz gab 2007 ein Fünftel der Bevölkerung an, in den letzten zwei Wochen depressive Symptome verspürt zu haben; etwa 3,1% davon berichteten von starken Symptomen. Die Depressivität geht mit starkem Leiden, erheblichen Einschränkungen im Alltag, in den Beziehungen sowie im Berufsleben einher und ist mit hohen sozioökonomischen Kosten verbunden. In der Schweiz zählen affektive Störungen zu den häufigsten Hospitalisierungsgründen und verursachen Folgekosten bis über 11 Milliarden Franken. Gemäss Einschätzungen der WHO wird die Depression in den nächsten Jahren auf der Rangliste der Krankheiten mit der schwersten Behinderungslast an vorderster Stelle stehen (Baer, 2013). Diese Erkrankung stellt somit ein großes gesundheits- und sozialpolitisches Problem dar (Tomonaga u. a., 2013).

Nicht-Adhärenz stellt eine der Hauptherausforderungen bei schweren Depressionen dar, da diese das Therapieergebnis massgeblich verschlechtert (Bandelow, 2006). 30 bis 40 Prozent der Therapieresistenz bei Depression ist auf die Nicht-Adhärenz zurückzuführen (Bosworth, Oddone, & Weinberger, 2006). Schätzungen zufolge brechen 30 bis 60 Prozent der Patienten die Antidepressiva-Therapie sowie 35 bis 47 Prozent die Psychotherapie frühzeitig ab (Acosta, Rodriguez, & Cabrera, 2012). Darüber hinaus zählt die Depression selbst zu den Einflussfaktoren, die die Adhärenz negativ beeinflussen (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000).

Aufgrund der unbefriedigenden Therapieergebnisse, des erhöhten Rückfallrisikos und der Folgekosten, welche die Nicht-Adhärenz bei Menschen mit einer Depression mit sich bringt, finden es die Autorinnen wichtig, eine Literaturübersicht zu diesem Thema zu erstellen (Schulz, 2016).

Pflegefachpersonen haben eine Schlüsselposition in der Adhärenz. Sie sind diejenigen Professionsangehörige, die dem Patienten am nächsten stehen. Die Vertrauensbeziehung, die eine Pflegefachperson zum Patienten aufbauen kann ermöglicht einen echten Kontakt und persönliche Einblicke in das Leben der Patienten. Darüber hinaus ist die Pflege für den Patienten die erreichbarste Person (Heise & Servellen, 2014; Dachverband Adherence e.V., 2011). Die Pflege als grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist eine wichtige Ressource für die Implementierung von Interventionen zur Förderung der Adhärenz. Aufgrund ihrer Präsenz und ihrer qualifizierten therapeutischen Tätigkeiten kann die Pflege die Adhärenz zu den medizinischen oder pflegerischen Behandlungen beobachten, erfassen, hinterfragen, aufgreifen und unterstützen. Entsteht der Bedarf einer

Behandlungsanpassung kann die Pflege gemeinsam mit dem Arzt die Behandlungsplanung besprechen, um die Behandlung auf die Bedürfnisse des Patienten abzustimmen (Dachverband Adherence e.V., 2011; Schneider & Spirig, 2006; Berben & De Geest, 2012).

Personenzentrierte Pflege ist ein aktuelles Thema im Gesundheitswesen, das in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen hat. Sogar auf internationaler Ebene wird in der Politik darüber debattiert, vor allem im Zusammenhang mit der Qualität und der Regulierung der Gesundheitsversorgung (Scholl, Zill, Härter, & Dirmaier, 2014). Nach der WHO gilt *person-centredness* als die wichtigste Pflegekompetenz bei chronisch kranken Patienten (Pruitt, Canny, & Epping-Jordan, 2005). Laut den heutigen Forschungsergebnissen kann die Adhärenz durch eine personenzentrierte Haltung positiv beeinflusst werden (Voshaar, Nota, van de Laar, & van den Bemt, 2015), deshalb ist es den Autorinnen ein Anliegen, das Theorie der personenzentrierten Pflege in ihrer Bachelorarbeit einfließen zu lassen.

Die Fragestellung wurde anhand des PICO-Schemas formuliert (vgl. Anhang S. 62).

«Welche Pflegeinterventionen fördern die Medikamenten-Adhärenz und Therapie-Adhärenz bei erwachsenen Menschen mit einer Depression?»

1.2 Ziel

Das Ziel der vorliegenden Literaturübersicht ist es, zu erkennen, welche Massnahmen die Pflegefachpersonen anwenden können, um die Adhärenz zur Therapie und zur Medikamenteneinnahme bei Menschen mit einer Depression zu fördern. Durch die Studienanalyse möchten die Autorinnen die Wirksamkeit einzelner Pflegeinterventionen auf das Outcome Adhärenz prüfen und daraus Empfehlungen für die Praxis ableiten. Darüber hinaus möchten die Autorinnen herausfinden, ob eine Verbindung zwischen den Pflegeinterventionen und der patientenzentrierten Pflegetheorie besteht, da dieser heute immer mehr Bedeutung zugeschrieben wird (McCormack & McCance, 2006a).

2 THEORETISCHER RAHMEN

Im theoretischen Rahmen werden die wichtigsten Aspekte der Theorie sowie die ausgewählte mid-range Theorie definiert, um die Fragestellung zu beleuchten.

2.1 Die Depression

Bei der Depression besteht eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, die meistens von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet wird. Diese psychische Störung verläuft typischerweise in Form von Episoden, welche nach Schweregrad eingestuft werden können. Die internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) unterscheidet die leichte, die mittelgradige und die schwere depressive Episode. Auch wenn belastende Ereignisse oder Situationen oft mit dem Beginn einer Episode assoziiert werden können (Dilling et al., 2015), ist ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren für die Entstehung dieser Erkrankung verantwortlich. In der Tat gehen die heutigen Experten von einer Wechselwirkung zwischen genetischen, biologischen und psychosozialen Faktoren aus (vgl. Anhang S. 62) (DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression, 2015).

Die Depression äussert sich in verschiedenen Symptomen. Nach den Kriterien der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) leidet der Betroffene während mindestens zwei Wochen typischerweise unter folgenden Hauptsymptomen: gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit. Damit gehen häufig Nebensymptome wie eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl bzw. Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit einher. Weiterhin können auch negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen sowie ein verminderter Appetit auftreten (Dilling u. a., 2015). Für die Diagnose müssen mindestens zwei Hauptsymptome und zwei Nebensymptome erkennbar sein (vgl. Anhang S. 63) (Lieb, Frauenknecht, Brunnhuber, & Wewetzer, 2012).

Die Symptome einer depressiven Episode haben schwerwiegende Folgen. Die körperliche und seelische Befindlichkeit der Patienten ist stark beeinträchtigt. Die Betroffenen sind deutlich in ihren Alltagsaktivitäten und ihrer Lebensführung eingeschränkt. Dazu hat die Krankheit gravierende Auswirkungen auf die sozialen Beziehungen sowie die Arbeitsfähigkeit. Viele Patienten mit schwerer Symptomatik haben Suizidgedanken oder –absichten. Im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ist die Suizidrate bei Patienten mit einer Depression 30 Mal höher. Deshalb ist Suizidalität oft ein Grund für einen stationären Aufenthalt (DGPPN u. a., 2015). Ebenfalls

begünstigt die Depression das Entstehen von weiteren Erkrankungen wie Gefässerkrankungen, Adipositas, Osteoporose und Altersdiabetes (Keck, 2010).

Die Therapie besteht im Wesentlichen aus der Pharmakotherapie, der Psychotherapie oder der Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie. Zusätzlich ist die körperliche Betätigung eine nachgewiesene Therapie bei milden und moderaten Depressionen (DGPPN u. a., 2015).

Die Therapie erzielt die Reduktion der Symptome, die Senkung der Mortalität durch das Verringern der Suizide sowie die Wiederherstellung der beruflichen und psychosozialen Anteilnahme und Leistungsfähigkeit. Weiter trägt die Therapie zur Verhinderung von Rückfällen und zur Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts bei (DGPPN u. a., 2015).

Üblicherweise wird die Wirksamkeit der Therapie mit dem Grad der Symptomreduktion des Patienten evaluiert. Die Symptomveränderung kann mit Hilfe von vielen bewährten Klinischen Skalen vom Pflegefachpersonal oder vom Arzt eingeschätzt werden (vgl. Anhang S. 64).

Bei leichten Depressionen wird zuerst die aktiv-abwartende Begleitung (*Watchful Waiting*) empfohlen. Dabei wird mit dem Beginn der Pharmakotherapie und Psychotherapie zunächst abgewartet. Innerhalb der nächsten beiden Wochen wird nachgeprüft, ob sich die Symptomatik von selbst zurückbildet hat. Die aktiv-abwartende Begleitung kann mit Pflegemassnahmen wie der Psychoedukation, einer Tagesstrukturierung, Gesprächen und dem Empfehlen von Büchern, e-Health-Anwendungen zum Selbstmanagement sowie von Informationen bezüglich Selbsthilfegruppen unterstützt werden (DGPPN u. a., 2015).

Die Pharmakotherapie mit Antidepressiva ist indiziert bei mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden (Lieb u. a., 2012). Die Wirksamkeit von Antidepressiva wurde in vielen Studien nachgewiesen (DGPPN u. a., 2015). Antidepressiva verhelfen der Normalisierung des Nervenzellstoffwechsels, in dem der Mangel an Serotonin und Noradrenalin im synaptischen Spalt ausgeglichen wird. Die Wirkung tritt üblicherweise nach 8-14 Tagen ein und die Symptome verbessern sich innerhalb von 2 Wochen. Heute sind verschiedene Antidepressiva-Klassen verfügbar (vgl. Anhang S. 64). Je nach Antidepressiva Klasse sind die Nebenwirkungen unterschiedlich (Lieb u. a., 2012). Sie treten meistens am Anfang der Therapie auf und sind oft nur vorübergehend (Keck, 2010). Ein Antidepressivum sollte nie abrupt, sondern nur langsam abgesetzt werden, da es zu einem Absetzphänomen kommen kann und die Gefahr einer Rezidive dadurch deutlich erhöht wird (Lieb u. a., 2012).

Die Psychotherapie ist bei leichten und mittelschweren Depressionen wirksam. Zu den psychotherapeutischen Verfahren, welche in ihrer Wirksamkeit am besten belegt sind, gehören die Verhaltenstherapie, die kognitive Verhaltenstherapie und die interpersonelle Psychotherapie (vgl. Anhang S. 64) (DGPPN u. a., 2015; Lieb u. a., 2012).

Die Kombination aus Pharmakotherapie und Psychotherapie ist vorteilhafter als eine alleinige Therapie und wird vor allem bei schweren Depressionen empfohlen. Bei der kombinierten Therapie wurde eine Verbesserung der Medikamentenadhärenz festgestellt (Lieb u. a., 2012).

Diese Therapien können durch weitere Verfahren, z.B. Elektrokonvulsionstherapie, Lichttherapie, Wachtherapie, Ergotherapie, Künstlerische Therapien ergänzt werden.

Auch die Psychoedukation ist bei der Betreuung von Menschen mit einer Depression von grosser Bedeutung. Sie verhilft den Patienten mit der Erkrankung umzugehen und entfaltet das Selbsthilfepotenzial. Psychoedukative Angebote können auch für Angehörige eine hilfreiche Stütze sein und zwar, indem ein kompetenter Umgang mit der Depression gefördert wird und eine emotionale Entlastung stattfinden kann (Lieb u. a., 2012).

Diese Erkrankung tendiert zu wiederholtem Auftreten, deshalb ist es wichtig nach Abschluss der Akutbehandlung weiterhin die Behandlung als Erhaltungstherapie zu verfolgen (vgl. Abb 1) (DGPPN u. a., 2015).

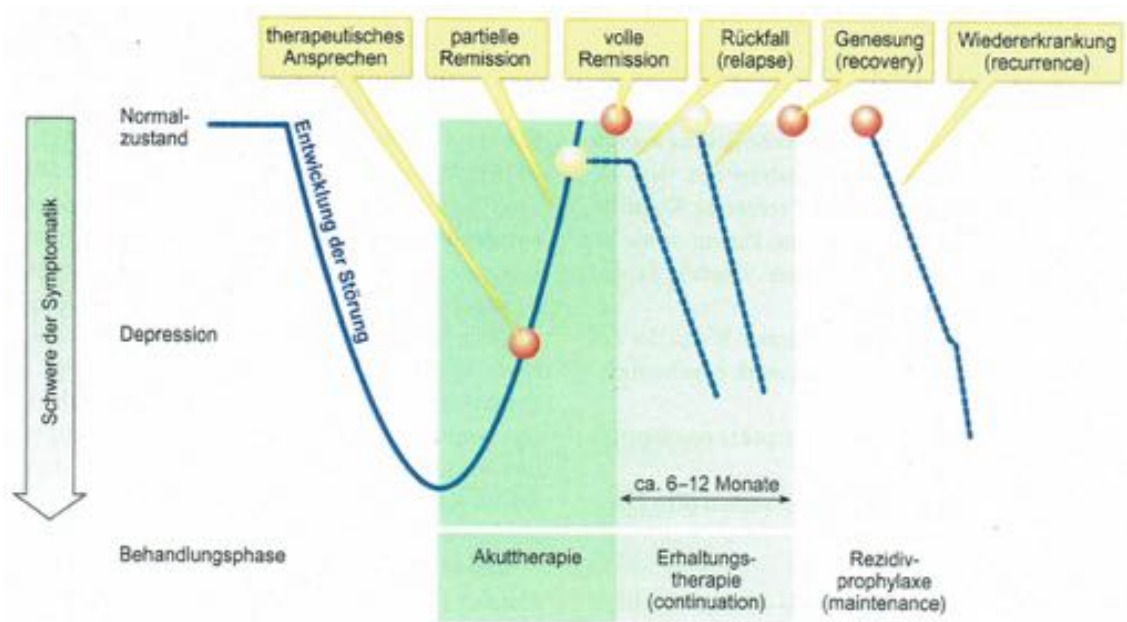


Abbildung 1: Terminologie für den Verlauf und die Behandlungsphasen bei rezidivierenden affektiven Störungen (Lieb u.a., 2012, S.166)

2.2 Die Adhärenz

2.2.1 Definition von Adhärenz

Adhärenz (engl. *Adherence*) bezeichnet das Einhalten von gemeinsam festgelegten Therapiezielen (Kremer & Schulz, 2013). Die Weltgesundheitsorganisation (2003) definiert den Begriff als «*the extent to which a person's behaviour-taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*» (Sabaté & WHO, 2003, S. 3). Die Adhärenz beinhaltet drei Phasen: die Initiation (Behandlungsinitiierung), die Implementation (die Umsetzung der Empfehlungen) und den Abbruch (Lam & Fresco, 2015; Berben & De Geest, 2012). Die Persistenz ist die Zeitspanne zwischen der Initiation und dem Abbruch. Dementsprechend ist in der Adhärenz sowohl die Implementation wie auch die Persistenz vertreten (Berben & De Geest, 2012) (vgl. Anhang S. 65).

2.2.2 Von Compliance zu Adhärenz

In der Literatur sowie in der Forschung werden Compliance und Adhärenz oft synonym verwendet, jedoch weichen die Bedeutungen voneinander ab (Lam & Fresco, 2015; Dachverband Adherence e.V., 2011).

Unter Compliance versteht man die Befolgung der ärztlichen Anweisungen. Die Therapietreue wird dahingehend definiert, dass der Patient folgsam das macht, was der Arzt für richtig hält (Dachverband Adherence e.V., 2011). Die Gestaltung der

Beziehung ist demzufolge asymmetrisch, da das medizinische Fachpersonal am besten weiss, was für den Patienten gut ist (Kremer & Schulz, 2013). Dementsprechend ist der Patient allein verantwortlich, wenn er den Behandlungsplan nicht einhält oder die Therapie versagt (Dachverband Adherence e.V., 2011). Allfällige Entscheidungsmöglichkeiten wurden nicht berücksichtigt (Schulz, 2016).

Compliance als paternalistisches und fürsorgliches Behandlungskonzept ist jedoch nicht immer nur im negativen Sinn zu betrachten. In Notfallsituationen sind patientenführende Interventionen gerechtfertigt. In der Tat möchte man in solchen Situationen nicht zuerst nach den Behandlungspräferenzen gefragt werden. Der Begriff Compliance ist eher in der Betreuung von chronisch erkrankten Menschen veraltet. Bei langwierigen Krankheiten werden die Patienten zu Experten, sind heutzutage informiert und selbstbestimmt (Kremer & Schulz, 2013).

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich das Verhältnis zwischen medizinischem Fachpersonal und Patienten verändert (Kremer & Schulz, 2013). Der Begriff Adhärenz ermöglicht somit einen differenzierten Blickwinkel auf das Compliance-Konzept. In der Adhärenz steht die gemeinsame Entscheidungsfindung im Vordergrund (Schulz, 2016). Die Weltgesundheitsorganisation hebt die Bedeutung der partnerschaftlichen Beziehung zwischen Patient und Professionsangehörigem (Arzt, Pflegefachperson oder andere) in der Adhärenz hervor. Die Zusammenarbeit baut auf dem Wissen und den Fähigkeiten beider Partner auf und erfordert die aktive Beteiligung des Patienten im Behandlungsprozess (Sabaté & WHO, 2003). Die Patientenmeinung wird aktiv erfragt, um gemeinsam einen Plan zur Umsetzung der gewählten Behandlung zu erstellen nach dem Motto „nothing about me without me“ (Kremer & Schulz, 2013). Unter diesem Blickwinkel wird die fehlende Einhaltung der therapeutischen Massnahmen nicht verurteilt. Vielmehr gilt es, das Lebensumfeld, die Werte, Bedürfnisse und Emotionen des Patienten zu verstehen, um problemlöseorientiert auszutauschen und schlussendlich gemeinsam hilfreiche Anpassungen zu erarbeiten (Dachverband Adherence e.V., 2011).

2.2.3 Die 5 Dimensionen der Adhärenz

Die Adhärenz ist sehr komplex, weil sie von verschiedensten Faktoren positiv oder negativ beeinflusst wird (Dachverband Adherence e.V., 2011). Über 200 Faktoren wurden bis jetzt identifiziert. Darunter war aber keiner für ein adhärentes Verhalten vorhersagend (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001). Die Weltgesundheitsorganisation hat die Einflussfaktoren der Adhärenz in fünf Dimensionen eingeordnet:

- Die soziale und ökonomische Dimension
- Gesundheitssystem und Akteure
- Patientenbezogene Faktoren
- Die krankheitsbedingte Verfassung des Patienten
- Therapiebezogene Faktoren (Schulz, 2016; Sabaté & WHO, 2003) (vgl. Tab.1)

Tabelle 1: Faktorgruppen mit Relevanz für die Adhärenz laut WHO (Sabaté & WHO, 2003, Schulz, 2016, S.15)

Faktor	Beispiel
Patientenbezogene Faktoren	Ressourcen, Wissen über die Erkrankung, Einstellungen, Überzeugungen, Wahrnehmungen und Erwartungen des Patienten
Gesundheits- und krankheitsbezogene Faktoren	Symptomschwere, Stärke der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen
Therapiebedingte Faktoren	Ungewollte Nebenwirkungen, Komplexität der Medikamentenregime
Gesundheitssystem- und Akteurenbedingte Faktoren	Arzt-Patient-Beziehung, Behandlungsteam, Art der Kommunikation und Kooperation
Soziale und ökonomische Faktoren	Alter, sozioökonomischer Status, Bildungsniveau

Die Kenntnis von den verschiedenen Dimensionen unterstreicht, dass nicht nur der Patient für eine langfristige Therapieumsetzung verantwortlich ist, sondern das Zusammenwirken der diversen Faktoren (Schulz, 2016). Dabei wird die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Professionsangehörigen auf der Basis von gegenseitiger Wertschätzung und Achtung als zentraler Faktor betrachtet. Das Wissen über diese Dimensionen hilft, individuelle und effektive Interventionen zu entwickeln, um die Therapietreue positiv zu beeinflussen (Kremer & Schulz, 2013).

2.2.4 Erfassung der Adhärenz

Die Erfassung der Adhärenz ermöglicht sicherzustellen, dass Veränderungen im Gesundheitszustand auf die Therapie zurückgehen und nicht auf das nicht-adhärente Verhalten. Dies ist erforderlich, um die Therapie effektiv und effizient zu planen und ggf. anzupassen. Die Literatur gibt verschiedene Strategien zur Erfassung der Adhärenz an (Sabaté & WHO, 2003). Dabei ist zu beachten, dass die Adhärenz sehr schwer zu messen ist (Schulz, 2016). Die WHO unterscheidet hier subjektive und objektive Messmethoden (Sabaté & WHO, 2003) (vgl. Anhang S. 66).

Subjektive Messmethoden beinhalten die Selbsterfassung des Patienten oder die Erfassung durch Professionsangehörige. Dazu zählen z.B. strukturierte Interviews, Online-Erfassungen, schriftliche Fragebögen oder Patienten-Tagebücher (vgl. Anhang S. 66). Die subjektive Methode wird gerne in der Praxis angewandt, da sie günstig und einfach umsetzbar ist. Darüber hinaus liefert sie Informationen über allfällige Bedenken der Patienten hinsichtlich der Therapie. Näher betrachtet ist diese Erfassungsart aber auch anfällig, weil beispielsweise die Adhärenz aufgrund möglicher Fehlangaben falsch

eingeschätzt wurde. Die Patienten hatten ihr Verhalten dem Fachpersonal gegenüber beschönigt dargestellt, um Ärger und Missbilligung zu vermeiden. Aus diesem Grund kommt diese Methode weniger in der Forschung zur Anwendung (Lam & Fresco, 2015; Sabaté & WHO, 2003).

Objektive Strategien zur Erfassung der Adhärenz scheinen vertrauenswürdiger als subjektive Strategien, allerdings haben auch diese ihre Nachteile. Die Adhärenz kann objektiv z.B. durch das Abzählen der eingenommenen Medikamenteneinheiten oder das Zählen der besuchten Therapiesitzungen ermittelt werden (Sabaté & WHO, 2003; (Raue, Schulberg, Heo, Klimstra, & Bruce, 2009). Eine innovative aber kostspielige Methode – das elektronische Monitoring Medikamenten-Doset (MEMS) – ermöglicht eine breitere Datenerfassung, da sie die Zeit und das Muster der Einnahme aufnimmt. Eine weitere Erfassungsmöglichkeit ist die Datenbackenanalyse. Das Erhalten und das Einlösen von Medikamentenverordnungen werden dabei anhand der elektronischen Fallakten der Ärzte oder Apotheken erfasst. Unklar bei dieser Erfassung bleibt jedoch, ob die Patienten die Medikamente auch eingenommen haben. Die Medikamentenkonzentration kann daher auch direkt im Blut oder im Urin gemessen werden. Täuschungsquellen sind aufgrund des individuellen Metabolismus jedes Patienten trotzdem vorhanden (Sabaté & WHO, 2003; Lam & Fresco, 2015).

Zusammenfassend ermöglicht das Assessment der Adhärenz eine Erhebung von wichtigen Informationen, die durch die alleinige Einschätzung des Therapieoutcomes nicht erfassbar sind. Zu beachten in der Erhebung der Adhärenz ist, dass nur eine Einschätzung des tatsächlichen Adhärenzverhaltens möglich ist. Es ist nicht optimal, eine einzige Messstrategie zu verwenden. Eine Kombination von subjektiven und objektiven Messungen entspricht dem heutigen State-of-the-art (Lam & Fresco, 2015; Sabaté & WHO, 2003).

2.2.5 Depression und Adhärenz

Hinweise belegen, dass sich die Depression negativ auf die Adhärenz auswirkt. Tatsächlich zeigt die Review von DiMatteo u. a. (2000), dass Patienten mit einer Depression drei Mal weniger adhärenz sind verglichen mit Patienten ohne Depression.

Positive Erwartungen und Überzeugungen an die Behandlungseffektivität verstärkt die Adhärenz. Die Symptome der Depression – eine gedrückte Stimmung, Hoffnungslosigkeit sowie eine negative und pessimistische Haltung – sind dem entgegengesetzt. Zeigen die Patienten wenig Optimismus gegenüber der Therapie, wird die Adhärenz erschwert. Im Weiteren haben Studien herausgefunden, dass die familiäre und soziale Unterstützung wesentlich ist für die Erhaltung der Adhärenz. Da

aber gerade die Depression oft von sozialer Isolation begleitet wird, erfahren die Betroffenen womöglich wenig soziale und emotionale Unterstützung. Ausserdem erschwert die verminderte Leistungsfähigkeit, die ebenfalls mit der Depression einhergeht, die Adhärenz, in dem die Behandlungsempfehlungen oder die Medikamenteneinnahme vergessen gehen (DiMatteo u. a., 2000).

Es kann also festgehalten werden, dass ein signifikant negatives Verhältnis zwischen der Depression und der Adhärenz besteht (DiMatteo u. a., 2000).

2.2.6 Einflussfaktoren der Adhärenz hinsichtlich der Behandlung der Depression

In diesem Abschnitt geht es darum, häufig anzutreffende Variablen, welche auf die Adhärenz im Hinblick auf die Pharmakotherapie und die Psychotherapie einwirken, aufzuführen, um das Phänomen der nicht-Adhärenz besser zu verstehen (Acosta u. a., 2012).

2.2.6.1 Antidepressiva-Adhärenz

Warum brechen die meisten Patienten die Antidepressivatherapie frühzeitig ab? Die häufigsten Faktoren, welche auf die Antidepressiva-Adhärenz einwirken, sind: die Einstellung und Ansichten des Patienten und der Familie zur Gesundheit sowie zu den Medikamenten, die Erfahrungen des Patienten mit Medikamenten, eine schlechte therapeutische Beziehung, eine vorangegangene nicht-Adhärenz sowie die Nebenwirkungen der Medikamente. Weiter genannte Faktoren waren ein niedriges Bildungsniveau sowie eine schlechte ökonomische Situation. Auch nicht verheiratet zu sein, Vergesslichkeit, gewisse Persönlichkeitszüge, Substanzabusus, medizinische Komorbiditäten und somatoforme Symptome sind negativ beeinflussende Faktoren für die Verfolgung der Antidepressiva Therapie (Acosta et al., 2012; Jaffray, Cardy, Reid, & Cameron, 2014; Heise & van Servellen, 2014; Johnston, 2013).

Dagegen sind die Psychoedukation und das *shared decision-making* Faktoren, welche die medikamentöse Adhärenz fördern. Dies kann mit einem vergrößerten sozialen Netz und einer verbesserten Haltung zu den Medikamenten assoziiert werden (Acosta u. a., 2012).

Der Grad der Adhärenz sowie die Risikofaktoren variieren je nach Krankheitsphase. Eine frühzeitige Medikamentenunterbrechung kann mit der Einstellung zu den Medikamenten und den Nebenwirkungen assoziiert werden. Die Patienten, die sich in der Erhaltungsphase befinden, sind weniger adhären, weil es ihnen klinisch besser geht. Hier tendieren sie evtl. zu dem Glauben, dass die Medikamente nicht mehr benötigt werden und sind auch weniger bereit, die besonders störenden

Nebenwirkungen, wie zum Beispiel sexuelle Funktionsstörungen, weiterhin in Kauf zu nehmen (Acosta u. a., 2012).

2.2.6.2 Adhärenz bei der Psychotherapie

Die Nicht-Adhärenz ist ebenso in der Psychotherapie ein prävalentes Phänomen. Allerdings gibt es nur wenige Studien, welche dieses Verhalten in der Psychotherapie untersuchen und noch weniger bei Patienten mit depressiven Episoden. Demzufolge sind die Erkenntnisse zu den Risikofaktoren nicht schlüssig. Allerdings sind sich alle Forscher in einem Punkt einig: die therapeutische Beziehung und besonders die therapeutische Alliance werden als fundamental für Adhärenz sowie für den Erfolg der Psychotherapie betrachtet (Acosta u. a., 2012).

Abschliessend sind die aktive Mitbeteiligung des Patienten sowie die partnerschaftliche Zusammenarbeit in den Behandlungsentscheidungen die Hauptpfeiler der Adhärenz (Sabaté & WHO, 2003). Parallelen können beobachtet werden zwischen dem Konzept der Adhärenz und dem personenzentrierten Ansatz, wie z.B. der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision-making*) und dem Austausch über Werte, Bedürfnisse und Emotionen (*«working with the patient's beliefs and values»*) (McCormack & McCance, 2006, S. 476; Schulz, 2016)

2.3 Personenzentrierte Pflege

2.3.1 Hintergrund

Die personenzentrierte Pflege (vom engl. *person-centered nursing* oder *person-centered care*) ist ein weit verbreitetes Konzept im Gesundheitswesen. Das Institute of Medicine (2001) hat diesen Ansatz folgendermassen definiert: *«providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs and values, ensuring that patient values guide all clinical decisions»* (S. 5). Personenzentrierte Pflege betrachtet Menschen als einzigartige Individuen. Dem Schaffen einer therapeutischen Beziehung, welche auf gegenseitigem Vertrauen und Verständnis beruht, wird eine besondere Beachtung geschenkt. Die Rechte, Werte, Bedürfnisse und Präferenzen des Patienten stehen an erster Stelle und bilden die Grundlage jeder klinischen Entscheidung (Voshaar u. a., 2015; McCormack & McCance, 2010).

Das Committee on Quality of Health Care in America (2001) und die WHO (2006) nannten *patient-centredness* als eines der sechs Qualitätsziele in der Pflege. Personenzentrierte Pflege stärkt die Rolle des Patienten im Management seiner Krankheit. Dieses Empowerment wirkt sich positiv auf die Outcomes und Pflegequalität aus, insbesondere, in dem es die Sicherheit und die Effektivität der Pflege steigert.

Wird der Patient aktiv in die Pflege miteinbezogen, kann seine Zufriedenheit, Selbständigkeit und die Medikamenten- und Therapie-Adhärenz verbessert werden (Voshaar u. a., 2015; Pruitt u. a., 2005).

Oft werden personenzentrierte Pflege und patientenzentrierte Pflege gleichgestellt. Der erstgenannte Begriff ist jedoch umfassender, da eine Person viel mehr als nur ein Patient ist (van der Heide, Snoeijs, Boerma, Schellevis, & Rijken, 2016). Demzufolge werden die Autorinnen den Begriff «personenzentrierte Pflege» verwenden.

2.3.2 Das Framework von McCormack und McCance

Von den Pflegewissenschaftlern Brendan McCormack und Tanya McCance wurde ein Konzeptrahmen für die personenzentrierte Pflege entwickelt. Der Rahmen soll eine Orientierung für Professionsangehörige bieten und als hilfreiches Instrument dienen, um die eigene Arbeitsweise zu reflektieren. Zurzeit wird das Framework vor allem als Grundlage benutzt um Veränderungen zu ermitteln, die in der Praxis erforderlich sind. Obwohl diese Veränderungen weit über den Verantwortungsbereich der Pflege hinausgehen, können sich die einzelnen Pflegefachpersonen für eine optimale Pflegequalität einsetzen (McCormack & McCance, 2006)

Das Framework setzt sich aus vier Ebenen zusammen, welche eng miteinander verknüpft sind (McCormack & McCance, 2010) (vgl. Abb 2):

1. Voraussetzungen (*prerequisites*): Attribute der Pflegefachperson
2. Das Pflegeumfeld (*environment*)
3. Der personenzentrierte Prozess
4. Die Outcomes

2.3.2.1 Erste Ebene: Attribute der Pflegefachperson

Als Voraussetzungen werden Eigenschaften und Qualitäten beschrieben, welche die Pflegenden auszeichnen. Erstens sollten die Pflegefachpersonen über gute Kompetenzen verfügen. Durch ein vertieftes Fachwissen und Können kann sie passende Entscheidungen treffen und Prioritäten setzen. Weiter sollte eine Pflegefachperson Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich besitzen, die ihr ermöglichen, auf verschiedenen Ebenen zu kommunizieren (McCormack & McCance, 2006). Die dritte Eigenschaft ist das Engagement. In der Tat zeigen die Pflegefachpersonen durch ihr aktives Auftreten, dass sie sich für das Wohl des Patienten einsetzen und eine bestmögliche Pflege gewährleisten möchten. Eine weitere Eigenschaft ist das Bewusstsein von den eigenen Überzeugungen und Wertvorstellungen sowie das Wissen darum, dass diese die Entscheidungen des

Patienten beeinflussen können. Letztlich ist es wichtig, dass Pflegende sich selbst gut kennen. Bevor sie anderen helfen können, müssen sie verstehen, wer sie sind und wie sie funktionieren (McCormack & McCance, 2006).

2.3.2.2 Zweite Ebene: das Pflegeumfeld

Das *care environment* umfasst das Umfeld, in welchem die Pflege ausgeübt wird (Menschen, Prozesse und Strukturen). McCormack & McCance (2010) beschreiben das Pflegeumfeld als *«layers of culture and characteristics that interact with each other creating a complex weave of perspectives, relationships and behaviors»* (S. 87). Dazu gehören ein angemessenes Skills-Mix, effiziente Organisationsstrukturen und Systeme, die die partizipative Entscheidungsfindung unterstützen. Genauso spielen arbeitsfördernde Mitarbeiterbeziehungen, die Machtverteilung innerhalb des Teams, Innovationspotenzial, Risikobereitschaft und das „physische Umfeld“ (die Infrastruktur und die Ästhetik des Umfelds) eine Rolle (McCormack & McCance, 2006).

2.3.2.3 Dritte Ebene: der personenzentrierte Prozess

Der personenzentrierte Prozess besteht aus einer Vielzahl von pflegerischen Aktivitäten. Der erste Schritt ist es, die Überzeugungen und Wertvorstellung der Patienten zu berücksichtigen. Damit verbunden ist die partizipative Entscheidungsfindung (*shared decision-making*), bei der die Pflegefachpersonen die Patienten in den Entscheidungsprozessen aktiv miteinbeziehen. Bei der dritten Massnahme liegt der Schwerpunkt auf dem Engagement. Ein volles Engagement spricht für eine gute Qualität der Pflege-Patient Beziehung. Die vierte Intervention betrifft die *«sympathetic presence»*. Durch ihre mitfühlende Präsenz würdigt die Pflege den Wert und die Einzigartigkeit des Menschen und kann somit der Situation angemessen reagieren (McCormack & McCance, 2006). Zuletzt wird das Sorgen für eine holistische Pflege erwähnt, da heisst, den Bedürfnissen des Patienten gerecht zu werden, seien diese körperlicher, sozialer oder spiritueller Art (McCormack & McCance, 2010).

2.3.2.4 Vierte Ebene: die Outcomes

Im personenzentrierten Prozess werden folgende Ergebnisse angestrebt: Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung, Engagement in der Pflege, Wohlbefinden aller Beteiligten und das Schaffen einer therapeutischen Umgebung. Die Patientenzufriedenheit ist ein leicht messbare Outcome und gehört zu den wichtigsten Qualitätsindikatoren der Pflege (WHO, 2017; International Council of Nurses, 2009). Die Schaffung einer therapeutischen Umgebung ist der ultimative Outcome für ein

Team, das die Entwicklung einer personenzentrierten Pflegekultur anstrebt (McCormack & McCance, 2010).

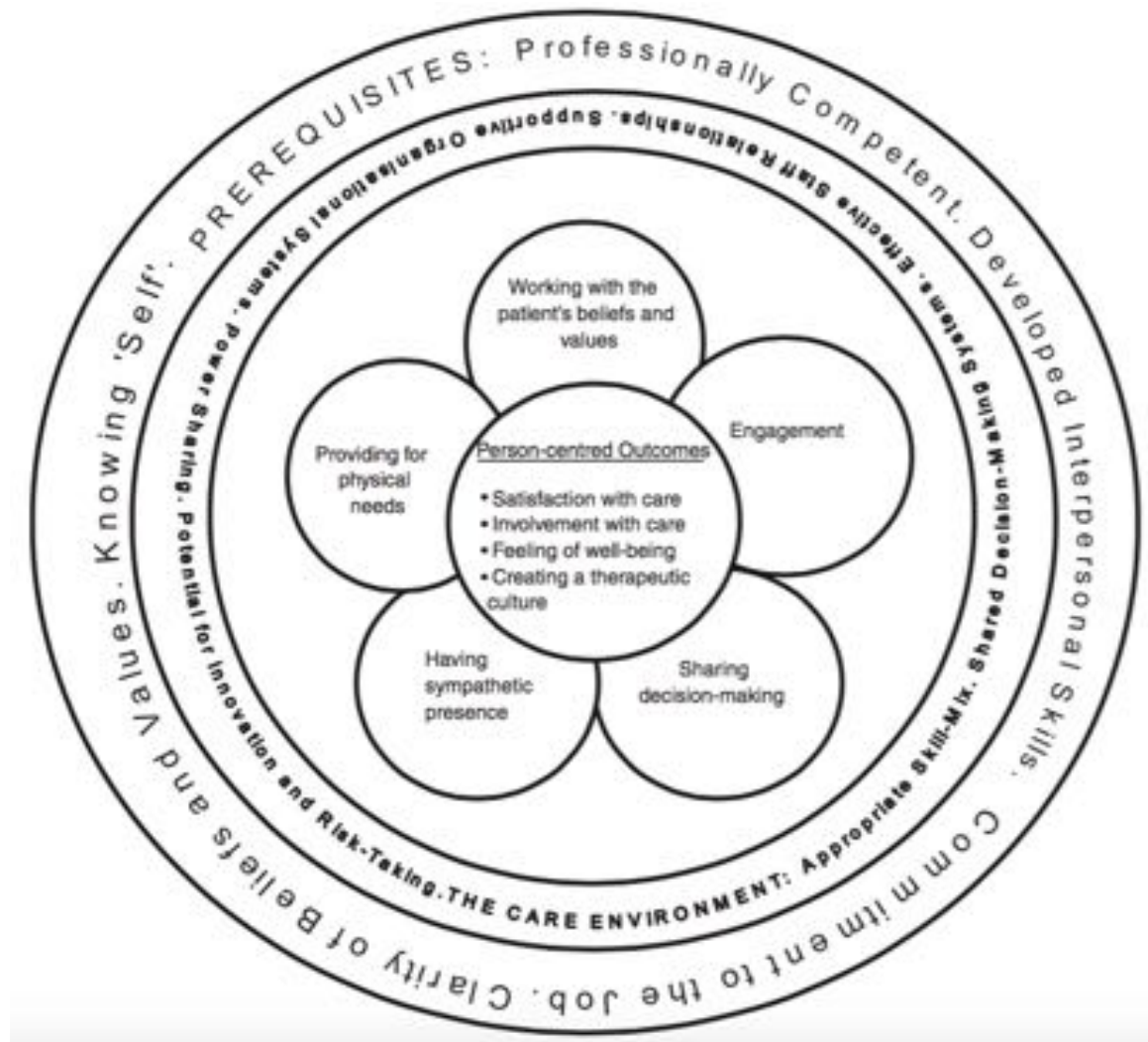


Abbildung 2 Personenzentrierte Pflege: das Framework von McCormack und McCance (2006, S. 476)

3 METHODE

3.1 Design

Es handelt sich hierbei um eine Literaturübersicht: publizierte Studien wurden gruppiert, zusammengefasst, analysiert und verglichen. Mit dieser Arbeit kann eine kompakte Umschau des verfügbaren Wissens zu einer bestimmten Forschungsfrage erstellt werden. In einer Literaturübersicht werden Studien kritisch beurteilt und systematisch dargestellt, sowie die Qualität der Studien bewertet (Mayer, 2009). Die für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Ergebnisse werden in einem Text zusammengefasst, um schliesslich Evidenz-basierte Empfehlungen für die Praxis basierend auf dem derzeitigen Forschungsstand vorzuschlagen (Mayer & Nagel-Cupal, 2011).

Dieses Design eignet sich für unsere Arbeit, da die Autorinnen informative, empirisch zu belegende Antworten auf ihre klinische Fragestellung zusammentragen möchten, um Anwendungsmöglichkeiten für die Praxis zu erarbeiten (Mayer & Nagel-Cupal, 2011). Dank dieser Literaturübersicht konnten die Autorinnen Empfehlungen für die Pflegepraxis machen, um die Adhärenz bei Patienten mit einer Depression im Erwachsenenalter zu fördern.

3.2 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ist ein Prozess, welcher aus verschiedenen Phasen besteht. Als erstens definierten die Autorinnen das Thema, über das recherchiert wird. Die Autorinnen grenzten das Thema ein, indem sie eine Forschungsfrage formulierten. Im Anschluss wurden Schlagwörter und Suchbegriffe herauskristallisiert, um bei der Datenbankrecherche zur Fragestellung geeignete Studien zu finden. Diese Studien wurden bestimmten Ein- und Ausschlusskriterien unterzogen und am Ende von den Autorinnen anhand des validierten Beurteilungsbogen von Johann Behrens und Gero Langer (2010) für Interventionsstudien bezüglich Glaubhaftigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit kritisch bewertet (Behrens u. a., 2016) (vgl. Anhang S. 81).

3.2.1 Suchstrategie

Die Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL und PsycInfo durchgeführt. Um geeignete Suchwörter zu finden, wurden drei Themenbereiche aus der Fragestellung herauskristallisiert: Depression, Adhärenz und Pflegeinterventionen.

Die daraus entstehenden Suchbegriffe wurden vom Deutschen ins Englische übersetzt und in der untenstehenden Tabelle aufgeführt.

Tabelle 2: Suchbegriffe

Depression	Adhärenz	Pflegeinterventionen
<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Major depressive disorder • Bipolar disorder 	<ul style="list-style-type: none"> • Medication / treatment / patient adherence • Medication / treatment / patient compliance • Adherence behavior 	<ul style="list-style-type: none"> • Nursing intervention • Nursing process • Nursing / Nurses • Primary care nursing • Primary health care

Die Autorinnen fügten den Suchbegriff «*bipolar disorder*» in den Themenblock der Depression ein. Die bipolare Störung beinhaltet depressive Episoden, deshalb entschlossen sich die Autorinnen, auch diesen Begriff in die Suche aufzunehmen (Lieb u. a., 2012).

Zurzeit werden in der Literatur sowie in der Forschung die Begriffe Adhärenz und Compliance noch nicht systematisch getrennt, sondern häufig als Synonym verwendet (Dachverband Adherence e.V., 2011 und Lam & Fresco, 2015). Deshalb nahmen die Autorinnen sowohl Adhärenz als auch Compliance in die Recherche auf.

In den Suchbegriffen zu den Pflegeinterventionen erweiterten die Autorinnen die Suche, in dem sie «*Primary Care Nursing*» sowie den übergeordneten Mesh-Term «*Primary Health Care*» einschlossen. Auf diese Weise beinhaltet die Suche auch spezialisierte Pflegefachpersonen, so dass sowohl *registered nurses* als auch z.B. *APN-nurses*, *care managers* und *nurses practitioners* vertreten waren.

Für die Recherche in PubMed wurden MeSH-Terms verwendet, da diese mit mehreren Synonymen verbunden sind und somit eine sorgfältigere Suche ermöglichen. Wenn keine oder zu wenig MeSH-Terme gefunden wurden, verwendeten die Autorinnen zusätzlich Text-Worte in der Suche, um die Suche bestmöglich auf die Forschungsfrage abzustimmen. Ähnlich wie die MeSH-Terms auf Pubmed sind «*CINAHL Headings*» (MH) auf CINAHL und «*Subject Heading*» (exp) in PsycInfo.

Die von den Autorinnen gewählten MeSH-Terms oder Text-Worte (terms) wurden in verschiedenen Kombinationen für die Recherche eingegeben. Zuerst verknüpften die Autorinnen die Suchbegriffe innerhalb der Themenblöcke mit „OR“, danach kombinierten sie die Themenblöcke untereinander mit „AND“ (Mayer & Nagel-Cupal, 2011). Die Autorinnen legten Wert auf die Aktualität und Qualität der Studien, deshalb setzten sie folgende Kriterien: Publiziert in den letzten 10 Jahren und RCT, *Clinical Trial* oder *Quantitativ Study*. Weitere Einschränkungen dienten dazu, die Anzahl der Studien in einem überschaubaren Rahmen zu halten.

Tabelle 3 Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe & Operatoren	Limiten	Anzahl gefundener Studien	Anzahl verwendeter Studien
PubMed	(Medication Adherence [Mesh] OR Patient Compliance [Mesh]) AND (Depressive Disorder [Mesh] OR Bipolar Disorder [Mesh]) AND (Nursing Process [Mesh] OR nursing OR nurse OR Primary Health Care [Mesh] or Primary Care Nursing [Mesh])	Published in the last 10 years; English; RCT; Abstract available; Humans Adult: 19+ years	26	3
CINAHL	(Depression [MH] OR Bipolar Disorder [MH]) AND (Medication Compliance [MH] OR Patient Compliance OR Adherence Behavior (Iowa NOC) [MH]) 1958	Published Date: 2008-2017; English; Clinical Trial; Age group: All Adult	54	2
PsycInfo	(Major Depression [exp] OR Depression (Emotion) [exp] OR Bipolar Disorder [exp]) AND (Treatment Compliance [exp] OR adherence [m.p.]) AND (Nurses [exp] OR Nursing [exp] OR Primary Health Care [exp])	Last 10 years; English; Quantitative study; Abstracts; Humans; Age 18yrs and older	56	1

3.2.2 Auswahl der Studien

Zur Auswahl geeigneter Studien haben die Autorinnen Ein- und Ausschlusskriterien definiert (vgl. Tab. 4).

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> – Erwachsene mit einer Depression oder einer depressiven Symptomatik – Ambulantes oder stationäres Setting – Somatische sowie psychiatrische Settings – Entwickelte Länder – Studien in englischer Sprache – Studien mit quantitativem Design – In den letzten 10 Jahren publiziert 	<ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit psychotischen Symptomen – Patienten mit Demenz oder mit kognitiven Einschränkungen

Anhand der Titel und der Abstracts wurden die Studien, welche nicht zur Fragestellung passten, aussortiert. Die Studien, welche die Kriterien erfüllten, wurden quergelesen.

Dies ermöglichte, die Studienauswahl auf eine überschaubare Anzahl zu beschränken. Bei der Auswahl der Studien prüften die Autorinnen, ob sich diese für die Beantwortung der Fragestellung innerhalb einer Literaturübersicht eigneten. Die Autorinnen achteten besonders auf die Relevanz der Interventionen für die Pflege. Nach einer vertieften Lektüre haben die Autorinnen sechs Studien identifiziert, welche die Fragestellung aus Sicht der Autorinnen am besten beantworten.

3.3 Beurteilung der Studien

In der Evidenz basierten Pflege gelten Evidenzhierarchien als Beurteilungsmassstäbe. Evidenzpyramiden stuften die Studiendesigns je nach Beweiskraft ein. Die höchste Beweiskraft für Fragen der Effektivität wird den randomisierten kontrollierten Experimenten zugewiesen, nur systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen sind übergeordnet (Mayer & Nagel-Cupal, 2011).

Es war den Autorinnen möglich, fünf randomisierte kontrollierte Experimente (RCTs) und eine semi-experimentelle Studie herauszusuchen. Dies schafft gute Voraussetzungen für die Aussagekraft der Literaturübersicht was die Evidenz anbelangt. Die Evidenz variiert auch innerhalb dieser Stufen, deshalb wurde ebenfalls die Qualität der Studien beurteilt (Mayer & Nagel-Cupal, 2011). Die Autorinnen verwendeten dafür den Beurteilungsbogen für Interventionsstudien von Johann Behrens und Gero Langer (2010) zur kritischen Beurteilung, da dieser auf den Studientyp der ausgewählten Forschungsarbeiten zutreffend war. Die verschiedenen Fragen des Beurteilungsbogens sind nicht gleichermassen wichtig für die Beurteilung der Studien, weshalb kein Score-Wert aus den jeweiligen Beurteilungspunkten abgeleitet wurden (Behrens u. a., 2016). Die Autorinnen hielten die Stärken und Schwächen der Studien in einer Tabellarischen Übersicht (vgl. Anhang S. 69) sowie anhand eines Ampelsystems fest und diskutierten diese im Diskussionsteil der Literaturübersicht.

3.4 Ethische Überlegungen

In der wissenschaftlichen Forschung müssen die Menschenwürde und die Rechte der Patienten bewahrt werden. Nicht alle Teilnehmer ziehen aus einer Forschung einen Nutzen, sondern können auch belastenden Nebenwirkungen ausgesetzt sein. Somit werden wissenschaftliche Forschungen am Menschen zwangsläufig auch von ethischen Überlegungen begleitet. Diese Forschungsethik ist verantwortlich für den Schutz der Probanden im Dilemma: die Rechte der Patienten zu wahren und dennoch neue Erkenntnisse für die Pflegewissenschaft zu erzielen, besonders bei experimentellen Forschungen. Ethische Fragen sind oft sehr komplex und müssen auf

vielen Ebenen diskutiert werden. Dabei können die Prinzipien Autonomie, Benefizienz, non-Malefizienz und Gerechtigkeit hilfreich sein. Konkrete Grundprinzipien für den Patientenschutz wurden von diesen abstrakten Prinzipien abgeleitet. Folgende drei Grundprinzipien sollten bei der ethischen Überlegung in der Forschung beachtet werden: Abgabe einer umfassenden Information sowie Einholen der freiwilligen Zustimmung aller Teilnehmer, Bewahren der Anonymität und Sicherung des Schutzes der Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden.

Die Ethikkommissionen sind verantwortlich für die Sicherung der Einhaltung der drei Grundprinzipien, der Relevanz des Forschungsanliegens, das Verhältnis von Nutzen und Risiko, die Seriosität der Forscher und Seriosität und Wissenschaftlichkeit der geplanten Untersuchungen (Mayer & Nagel-Cupal, 2011).

Die Autorinnen untersuchten in den kritischen Beurteilungen die ethischen Überlegungen zu den ausgewählten Studien. Diese ethischen Aspekte wurden in die Beurteilungen von Behrens und Langer (2010) aufgenommen. Die Autorinnen wählten nur Studien aus, die die ethischen Aspekte berücksichtigt hatten.

4 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden zuerst die Vorgehensweise der Studiensauswahl sowie die kritische Beurteilung der Studien anhand eines Ampelschemas klar dargestellt. Weiterhin werden die untersuchten Studien in einer übersichtlichen Tabelle zusammengefasst. Dann werden die relevanten Merkmale der Teilnehmer in einer narrativen Synthese dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der ausgewählten Studien gruppiert und in einem narrativen Fließtext synthetisiert.

4.1 Flow-Chart

Die genaue Vorgehensweise der Studiensauswahl ist anhand des folgenden Flow-Charts ersichtlich.

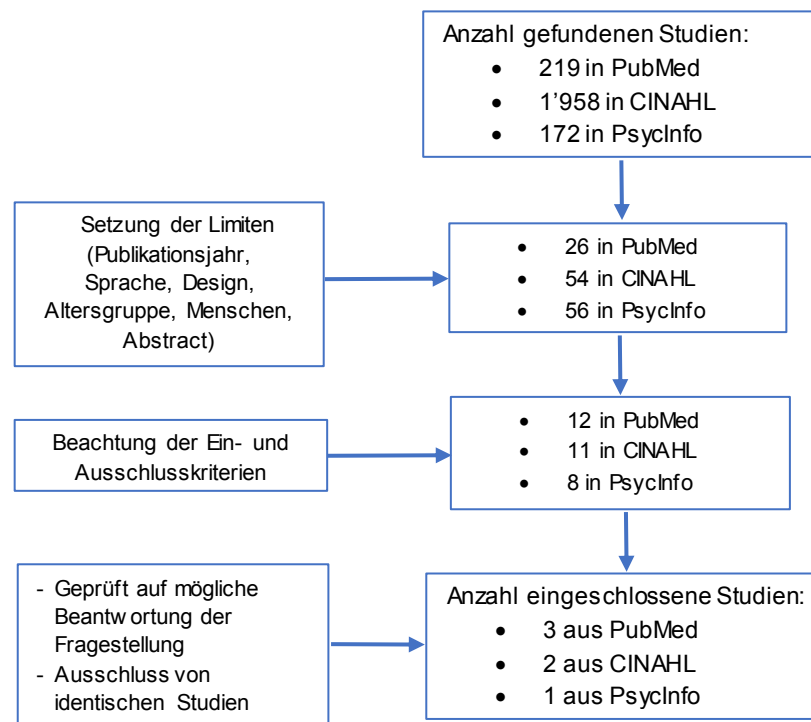


Abbildung 3: Flow-Chart

4.2 Ausgewählte Literatur

Im Anschluss an die kritische Beurteilung wird die Qualität der fünf ausgewählten RCTs und der quasi-experimentellen Studie in einer tabellarischen Form dargelegt (Behrens & Langer, 2010). Im Ampelschema werden die qualitative Einordnung und der übersichtliche Vergleich der Studien dargestellt.

Tabelle 5: Ampelschema der Studien

		Keeley et al. (2014)	Raue et al. (2009)	Eker & Harkin (2012)	Aragonès et al. (2012)	Simons et al. (2011)	Zanjani et al. (2008)
Glaubwürdigkeit	Rekrutierung, Randomisierung	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Follow up / Drop outs	✓	✓	✓	✓	?	?
	Verblindung	✓	?	✓	✓	?	?
	Basis-Merkmale	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Gleichbehandlung	✓	?	?	?	✓	?
	Wechsel	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Stichproben-grösse	✓	✓	✓	?	?	✓
	Vergleichbar mit anderen Ergebnissen	?	✓	✓	✓	?	?
Aussagekraft	Behandlungseffekt	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Zufälligkeit der Ergebnisse (p-Werte)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Präzise Ergebnisse (Konfidenzintervalle)	✓	?	✗	✓	✗	✗
Anwendbarkeit	Übertragbarkeit	✓	✓	?	✓	?	✓
	Alle Aspekte enthalten	?	?	?	?	?	?
	Nutzen/Kosten	?	?	?	✓	?	✓
	Ethik	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Legende :

- Grünes Häkchen: Studienteil von guter Qualität (methodologisch stimmig und/oder präzise, ausgeprägte Ergebnisse)
- Gelbes Fragezeichen: Studienteil von mittlerer Qualität (unklare oder unvollständige Informationen und/oder diskrete Ergebnisse)
- Rotes Kreuz: Studienteil von niedriger Qualität (fehlende Informationen oder schwache Ergebnisse)

4.3 Übersicht über die ausgewählten Studien

In den folgenden Tabellen werden die sechs Studien dargestellt, um einen Überblick über die Stichprobe, das Setting, die Intervention, die Erfassung der Adhärenz und wichtigsten Ergebnisse der ausgesuchten Literatur zu schaffen. Eine ausführlichere tabellarische Zusammenfassung der Studien befindet sich im Anhang S. 69.

Tabelle 6: Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien

Studie	Teilnehmer und Setting	Intervention	Erfassung der Adhärenz	Wichtige Ergebnisse
Keeley et al. (2014), USA RCT	21 Primärversorger (PCPs) → 4 APN Pflegende 175 Patienten mit einer neu diagnostizierten Depression <u>Setting:</u> Ambulant (Somatik)	8-stündiges Training von PCPs für die motivierende Gesprächsführung (MI). IG hatte ein Gespräch mit geschulten PCPs.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MI Skills Code 2.1</i> (Rate von Change Talk Aussagen pro Minute) • Einlösung der Antidepressiva-Verordnung in der Apotheke • Patientenberichte über körperliche Aktivität in der Woche nach dem Termin 	Die Interventionsgruppe (IG) verwendete signifikant mehr Change Talk bez. körperliche Aktivität ($p = .01$). Signifikante Verbesserung der Adhärenz zu körperlicher Aktivität ($p = .007$)
Raue et al. (2009), USA RCT	60 Patienten mit einer Depression <u>Setting:</u> Ambulant (Primary Care)	Berücksichtigung der Präferenz der Patienten zu einer Therapie (Antidepressiva oder Psychotherapie).	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl besuchter Psychotherapiesitzungen • Antidepressiva-Adhärenz anhand retrospektiven Patientenberichte • Behandlungsinittierung: Einnahme von mind. einer Medikamentendosis oder Anwesenheit bei mind. einer Psychotherapiesitzung 	Die Intervention war mit der Behandlungsinittierung und einer höheren 12-wöchigen Adhärenz-Rate signifikant assoziiert ($p = .002$)
Eker & Harkin (2012), Türkei Semi-Experiment	71 Patienten mit einer bipolaren Störung <u>Setting:</u> Ambulatorium für affektive Störungen	6 Sitzungen Psychoedukation mit einer interaktiven Lernmethode, geleitet durch eine Pflegefachperson.	5 Sub-Kategorien (Cut-Off bei 4 / 5) <ol style="list-style-type: none"> 1. Attitudes Towards Neuroleptic Treatment 2. Medication Adherence Rating Scale 3. McEnvoy Treatment Observation Form 4. Medikamentendosis selbständig ändern 5. Therapieabbruch 	Nach 6 Wochen signifikante Verbesserung der Medikamenten-Adhärenz in der IG ($p < .01$).
Aragonès et al. (2012), Spanien RCT	338 Patienten mit einer Depression <u>Setting:</u> Primary Care Center	Mehrkomponenten-Programm welches eine effizientere Teamorganisation und eine Verbesserung der Fähigkeiten des Fachpersonals erzielt. Beinhaltet strukturierte Intervention zur Optimierung der Adhärenz.	Die Adhärenz war ein Nebenoutcome, welches auf 12 Monaten gemessen wurde <ul style="list-style-type: none"> • Die Erfassung der Antidepressiva-Adhärenz ist nicht genau beschrieben • Anzahl der besuchten Termine objektiv gemessen 	Nach 6 Monate signifikante Verbesserung der Antidepressiva-Adhärenz in der IG ($p = .017$). Innerhalb einem Jahr hat die IG die Pflegefachperson häufiger besucht ($p < .001$)

Simon et al. (2011), USA RCT	208 Patienten mit einer Depression <u>Setting:</u> Ambulant (integrierte Versorgung)	Nachbehandlung mittels 3 Online-Kontakte mit einer Pflegefachperson. Jeder Kontakt umfasste ein strukturiertes Assessment und eine Algorithmus-gestützte Rückmeldung.	Antidepressiva-Adhärenz und Nutzungsrate von Gesundheitsleistungen durch Patientenakten erfasst (Erlösung von Antidepressiva-Verordnungen, externe Termine, Telefonkontakte, weitere Online-Kontakte)	Nach 3 Monate signifikante Verbesserung der Antidepressiva-Adhärenz bei der IG ($p = .001$).
Zanjani et al. (2008), USA RCT	113 Patienten, hauptsächlich Veteranen mit Depression und/oder Abhängigkeit <u>Setting:</u> Ambulant (Zentrum für Veteranen)	<i>Telephone-based Referral Care Management</i> (TBR-CM) mit zusätzlicher Motivationsarbeit. Beinhaltete 1-2 Telefongespräche mit einem Verhaltensexperten aus der Pflege.	<ul style="list-style-type: none"> • Einhalten von psychiatrischen Termine durch Patientenakten erfasst • Anzahl an telefonischen Kontakten wurde vom Verhaltensexperte notiert 	Nach 6 Monaten signifikante Verbesserung der Therapie-Adhärenz in der IG ($p < .001$). IG hat durchschnittlich mehr Termine wahrgenommen ($p = .008$)

4.4 Synthese der Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden zuerst die Hauptmerkmale der Teilnehmenden aufgeführt. Dann werden die Ergebnisse, welche die Fragestellung beantworten, in Text-Form synthetisiert. Für die Gliederung der Ergebnisse werden die Gruppierung der Medikamenten- und Therapie-Adhärenz erstellt, da diese durch divergierende Einflussfaktoren geprägt sind (Acosta u. a., 2012).

4.4.1 Merkmale der Teilnehmenden

Die Studien von Aragonès u. a. (2012), Keeley u. a. (2014) und Raue u. a. (2009) haben ausschliesslich Teilnehmer (TN) mit einer Major Depression untersucht und haben bipolare Störungen, Suchterkrankungen sowie psychotische Störungen ausgeschlossen. Bipolare Störungen und psychotische Störungen wurden ebenso in Simon u. a. (2011) ausgeschlossen: alle TN weisen eine depressive Episode auf. Dagegen sind in der Studie von Eker & Harkin (2012) ausschliesslich TN mit einer bipolaren Episode vertreten. In der Studie von Raue u. a. (2009) litten 65 Prozent der TN an rezidivierenden Depressionen, während alle TN der Studie von Keeley u. a. (2014) eine neu diagnostizierte Depression aufwiesen. Das Sample von Zanjani, Miller, Turiano, Ross, & Oslin (2008) bestand zu 80 Prozent aus TN mit einer Major Depression, zusätzlich wiesen die meisten auch eine Alkohol-, Sucht- oder Drogenproblematik auf. Dieses Sample war hauptsächlich aus männlichen TN mit einer spezifischen Charakteristik gekennzeichnet: alle waren Veteranen. Auf der anderen Seite waren in den Studien von Simon u. a. (2011) und von Raue u. a. (2009) 72 Prozent beziehungsweise 78 Prozent der TN Frauen.

4.4.2 Medikamenten-Adhärenz

Die Adhärenz zu den Antidepressiva oder zu sonstigen Medikamenten für die Behandlung der Depression konnte bei vier von fünf Studien signifikant verbessert werden. Die Forscher wandten verschiedene Messinstrumente zur Erfassung der Adhärenz in den jeweiligen Studien an. Folgende sind ausführlich in der tabellarischen Übersicht im Anhang S. 69 dargestellt.

Die semi-experimentelle Studie von Eker & Harkin (2012) untersuchte die Wirkung eines sechswöchigen Psychoedukationsprogramms auf die Adhärenz zur medikamentöser Behandlung bei 71 TN mit einer bipolaren Störung in einem Ambulatorium für affektive Störungen. Die Interventionsgruppe erhielt sechs Sitzungen von 90-120 Minuten Psychoedukation mit einer interaktiven Lernmethode. Die Kontrollgruppe erhielt vom Arzt eine fünf bis 10-minütige Aufklärung über die Medikamente. Bei der Prämessung war die Medikamenten-Adhärenz ähnlich in der Interventions- und Kontrollgruppe ($p > .05$). Bei der Postmessung stellte sich heraus, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine hoch signifikante Verbesserung der Adhärenz vorwies ($p < .01$). Die Adhärenz-Rate stieg innerhalb von sechs Wochen von 40.0 Prozent auf 86.7 Prozent in der Interventionsgruppe; gleichzeitig sank diese von 38.9 Prozent auf 24.2 Prozent in der Kontrollgruppe. Eker & Harkin (2012) untersuchten zusätzlich die Hauptursachen für das Abbrechen der medikamentösen Behandlung. 35.6 Prozent der nicht-adhärennten TN behaupten, dass ihre Krankheit sich verbessert hätte und 33.9 Prozent glaubten, dass sie ohne Medikamente ihre Krankheit bewältigen könnten. Für die selbständige Anpassung der Dosierung haben 37.9 Prozent der nicht-adhärennten TN Vergesslichkeit als Hauptursache angegeben.

Die RCT von Aragonès u. a. (2012) ermittelte den Effekt eines Mehrkomponenten-Programms auf die Adhärenz und die Patientenzufriedenheit bei 338 Patienten mit einer Major Depression in Primary Care Zentren. Das Mehrkomponenten-Programm beinhaltete unter anderem eine strukturierte Intervention, in der die Pflegefachpersonen die Therapieinitiierung und Therapieverfolgung erfassten, Schwierigkeiten oder Hindernisse betreffend Adhärenz identifizierten und die Patienten in der Problemlösung unterstützten. Auch Psychoedukation wurde von den Pflegefachpersonen an die Patienten und Angehörigen angeboten. Aragonès u. a. (2012) fanden, dass die Adhärenz-Rate zu den Antidepressiva nach drei, sechs und 12 Monaten höher in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe war (OR = 1.29, 1.85, 1.29). Bei der drei- und 12-monatigen Erhebung war der Gruppenunterschied statistisch nicht signifikant ($p > .05$). Hingegen konnte nach sechs Monaten ein

signifikanter Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe nachgewiesen werden (78.0% vs. 65.7%; OR = 1.85; KI 95%; $p = .017$).

Simon u. a. (2011) eruierten in einer RCT den Effekt von drei Online-Kontakten mit einer erfahrenen, geschulten Pflegefachperson aus der Psychiatrie in der Nachbehandlung von 208 Patienten, die eine Antidepressiva-Therapie in einer Primary Care Klinik begonnen hatten. Jede Kontaktaufnahme beinhaltete ein strukturiertes Assessment von der Schwere der Depression, der Medikamenten-Adhärenz sowie den Nebenwirkungen. Eine Algorithmus-gestützte Rückmeldung wurde jeweils an den Patienten und an den behandelnden Arzt gesendet. Simon u. a. (2011) wiesen einen hoch signifikanten Unterschied der Adhärenz-Rate der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach ($p = .001$). Nach 90 Tage waren 81 Prozent der TN aus der Interventionsgruppe im Vergleich zu 61 Prozent der TN aus der Kontrollgruppe adhärenz zur Antidepressiva-Therapie.

Raue u. a. (2009) prüften, ob die Berücksichtigung der Patientenpräferenz für eine Behandlung einen Effekt auf die Adhärenz hat. Diese RCT schloss 60 TN mit Depressionen aus einem ambulanten Primary Care Setting ein. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe erhielt die Interventionsgruppe die bevorzugte Behandlung (Inkongruent vs. Kongruent). In beiden Gruppen hielt die Hälfte der TN eine Behandlung mit Antidepressiva über einen Zeitraum von 20 Wochen ein. Unterdessen besuchte die andere Hälfte während 12 Wochen interpersonelle Psychotherapie-Sitzungen und erhielt zwei Telefonanrufe in der 16. und 20. Woche. Alle TN der Interventionsgruppe (kongruent) und 74 Prozent der TN der Kontrollgruppe (inkongruent) haben die Behandlung initiiert (Fishers's Exact Test = .005). Die acht TN der Kontrollgruppe, die nicht mit der Behandlung anfangen, waren der Antidepressiva Therapie zugeteilt. Anhand der Vorhersagentestung (Regression) konnte eine Assoziation zwischen der Behandlungsinitiierung und der Stärke der Präferenz (OR = 5.3, 95% KI = 4.3, 6.3, $df = 1$, $p = .001$) sowie den optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlung festgestellt werden (OR = 2.5, 95% KI = 1.9, 3.1, $df = 1$, $p = .002$). Weiterhin fanden die Forscher heraus, dass die Stärke der Präferenz zur zugeteilten Behandlung mit einer signifikant höheren 12-wöchigen Adhärenz-Rate assoziiert ist (Beta = 13.40, $p = .002$). Hingegen konnte die reine Kongruenz zur Behandlung nicht mit einer verbesserten Adhärenz assoziiert werden. Allgemein wiesen die TN eine stärkere Präferenz für die Psychotherapie als für die Antidepressiva Therapie auf ($p < .001$). Dennoch wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich der Adhärenz-Rate zwischen den TN mit Psychotherapie ($M = 0.68$, $SD = 31.9$) und den TN mit Antidepressiva gemessen ($M = 0.52$, $SD = 42.9$; p -Wert nicht vorhanden).

Die Studie von Keeley u. a. (2014) untersuchte in einer RCT die Wirkung einer vielseitigen Ausbildung über motivierende Gesprächsführung bei *primary care providers* (PCPs) auf das Patienten Change Talk und auf die Behandlungsinitiierung bei 175 Patienten mit einer neu diagnostizierten Depression im somatischen Setting. Die Interventionsgruppe hatte ungefähr ein 25 minutiges Gespräch mit einem geschulten PCP, während die Kontrollgruppe einen nicht geschulten PCP besuchte. In dieser Studie wurde keine signifikanten Unterschiede des Change Talks über die Antidepressiva bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt (Aussagen pro 10 Minuten Gespräch: 0.25; 95% KI, 0.15–0.35 vs 0.15; 0.05–0.25; $d = 0.21$; $p = .17$). Weiterhin waren Interventionspatienten, im Vergleich zu den Kontrollpatienten, nicht eher bereit die erste Verordnung für Antidepressiva in der Apotheke einzulösen (AOR; 1.27; 95% KI; 0.48–3.43; $p = .63$).

4.4.3 Therapie-Adhärenz

In vier von fünf Studien konnte eine signifikant höhere Adhärenz-Rate zu anderen Therapien in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nachgewiesen werden.

Die RCT von Zanjani u. a. (2008) untersuchte den Effekt des *Telephone-based Referral Care Management* (TBR-CM) mit zusätzlicher Motivationsarbeit auf die Adhärenz zu psychiatrischen Terminen bei 113 Veteranen im ambulanten Setting. Die Intervention umfasste ein bis zwei Telefongespräche. Die Behandlungsziele, die aktuellen Symptome sowie die Verhaltensweisen der TN bezüglich der Krankheit und der Behandlung, wurden während den Telefongesprächen erfasst. Weiterhin wurden Hindernisse zur Adhärenz besprochen und das Einhalten des bevorstehenden Termins beim Psychiater wurde abgemacht. 70 Prozent aller TN der Interventionsgruppe hielten im Vergleich zu 32 Prozent der TN der Kontrollgruppe mindestens einen psychiatrischen Termin ein. Der Unterschied war statistisch hoch signifikant ($p < .001$). Durchschnittlich hat die Interventionsgruppe signifikant mehr Termine wahrgenommen (mehr als 3) als die Kontrollgruppe (weniger als 2) ($p = .008$). Das Alter und die Diagnose hatten keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Effekt der Intervention ($p > .05$).

Die Studie von Aragonès u. a (2012) mit dem Mehrkomponenten-Programm zeigte keinen signifikanten Gruppenunterschied betreffend der Anzahl an wahrgenommenen Terminen mit den Ärzten, Psychiatern oder Psychologen innerhalb von 12 Monaten (Mittelwert: IG = 8.2 vs. KG = 8.2, $p = .853$). Jedoch zeigte die Studie einen hoch signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug zur

Adhärenz zu den Pflorgeterminen ($p < .001$). Die Interventionspatienten besuchten mehr als zwei Mal häufiger die Pflegefachperson im Vergleich zu den Kontrollpatienten (5 Besuche ($SD = 4.9$) vs. 1.9 Besuche ($SD = 3.7$); $RR = 2.68$; $p < .001$).

Die Studie von Raue u. a. (2009) untersuchte den Effekt der Patientenpräferenzen auf die Behandlungsinitiierung und der Adhärenz zur Antidepressiva Therapie und zur Psychotherapie. Die Ergebnisse der Adhärenz zu den Antidepressiva ($M = 0.68$, $SD = 31.9$) und zur Psychotherapie ($M = 0.52$, $SD = 42.9$) wurden für die Statistik zusammengetragen, da die Adhärenz-Raten sich nicht signifikant unterschieden (p -Wert fehlt). Die Stärke der Präferenz wurde mit einer höheren Behandlungsinitiierung und 12-wöchigen Adhärenz-Rate der Antidepressiva Therapie und der Psychotherapie assoziiert ($Beta = 13.40$, $p = .002$).

Ein sekundäres Ergebnis der Studie von Simon u. a. (2011) mit den Online-Kontakten war die Nutzungsrate von weiteren Gesundheitsdienstleistungen. Insgesamt hat die Interventionsgruppe häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen als die Kontrollgruppe. Die Unterschiede sind jedoch nicht statistisch relevant ($p > .05$).

Keeley u. a. (2014) fanden heraus, dass Interventionspatienten im Gespräch mit einem MI-geschulten PCP drei Mal häufiger Change Talk bezüglich körperlicher Aktivität ausdrückten. Der Gruppenunterschied ist hoch signifikant, aber die Effektstärke diesbezüglich ist klein (Aussagen pro 10 Minuten Gespräch: 0.30; 95% KI, 0.19–0.41 vs 0.10; –0.01–0.21; $d = 0.39$; $p = .01$). Die Interventionsgruppe berichtete über hoch signifikant mehr körperliche Aktivität in der Woche nach dem Gespräch im Vergleich zur Kontrollgruppe (≥ 30 Minuten Sport an: durchschnittlich 3,05 Tage, 2.42–3.67 vs 1.18–2.51 Tage; 95% KI; $p = .007$). Die Studie weist diesbezüglich eine moderate Effektstärke der Intervention vor ($d = .40$).

5 DISKUSSION

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse sowie die Pflegeinterventionen dieser Literaturübersicht zur Förderung der Adhärenz bei Menschen mit einer Depression diskutiert. Mit dem Hintergrund, dass die Adhärenz dem personenzentrierten Ansatz nahesteht, möchten die Autorinnen hinterfragen, ob die Interventionen mit dem Framework von McCormack und McCance (2006) übereinstimmen.

Anschliessend wird die Qualität der Studien, die Anwendbarkeit, der Transfer der Ergebnisse in die Pflegepraxis sowie die Limiten diskutiert. Auf diese Weise können die Autorinnen die Antwort auf ihre klinische Fragestellung informativ und empirisch belegen, um daraus Empfehlungen für die Pflegepraxis abzuleiten.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Diskussion ist in einer bestimmten Struktur gegliedert: zuerst werden für jede Studie die Ergebnisse bezüglich der Medikamenten- und Therapie-Adhärenz besprochen; danach folgt die Besprechung der verwendeten Messmethoden für die Erfassung der Adhärenz; abschliessend wird ein Zusammenhang mit dem personenzentrierten Ansatz hergestellt.

5.1.1 Das Psychoedukationsprogramm

Die semi-experimentelle Studie von Eker & Harkin (2012) zeigte eine hohe Effektstärke eines sechswöchigen Psychoedukationsprogramms mit interaktiven Lernmethoden auf die Adhärenz zur medikamentöser Behandlung bei Probanden mit einer bipolaren Störung. Nach sechs Wochen verbesserte sich die Adhärenz der Interventionsgruppe deutlich, hingegen verschlechterte sich diese bei der Kontrollgruppe sogar. Diese Ergebnisse waren aus Sicht der Autorinnen zu erwarten. Informierte Patienten erlangen ein verbessertes Verständnis über ihre Krankheit und Behandlung. Wissen führt zu Entstigmatisierung, was die Akzeptanz und somit den Umgang mit der Krankheit begünstigt (DGPPN u. a., 2015). Die Autonomie und das Selbsthilfepotenzial der Patienten werden bestärkt. In Kürze verbessert die Psychoedukation die Einstellung und Haltung zu den Medikamenten, fördert das *shared decision-making* und bietet eine Möglichkeit an, das soziale Netz zu vergrössern (Johnston, 2013; Acosta u. a., 2012).

In dieser Studie wurden fünf subjektive Methoden zur Erfassung der Medikamenten-Adhärenz verwendet. Es gab zwei Fragebögen, die sowohl subjektive als auch objektive Fragen beinhalteten. Jedoch wurde keine ausschliesslich objektive Messmethode angewandt. Wie im theoretischen Teil erwähnt, lässt sich die Adhärenz

schwer messen: es braucht verschiedene Messmethoden, um die Adhärenz realitätsnah zu erfassen (Schulz, 2016; Sabaté & WHO, 2003). Diese Studie erfasste die Adhärenz zwar umfassend auf subjektive Weise und konnte somit das nicht-adhärente Verhalten besser verstehen, dennoch ist diese einseitige Erfassung als Schwäche der Studie zu betrachten. Eker & Harkin (2012) identifizierten nämlich das Vergessen der Medikamenteneinnahme und die zunehmenden Nebenwirkungen als Hauptursachen für Nicht-Adhärenz bei einer Population mit einer Bipolaren Störung. Folgende Ursachen wurden ebenfalls von DiMatteo u. a. (2000) beschrieben. Die Studie von Eker & Harkin (2012) hat die Wirkung des Psychoedukationsprogramms auf die Adhärenz nur über sechs Wochen gemessen. Die Autorinnen können daraus schliessen, dass die Intervention auf die Kurzzeit-Adhärenz wirkt. Fraglich bleibt, ob die Adhärenz langfristig verbessert wird.

Der personenzentrierte Ansatz findet sich im Psychoedukationsprogramm von Eker & Harkin (2012) wieder. Nach der Meinung der Autorinnen fördert die interaktive Lernmethode dieser Intervention die Patienten auf, aktiv am Austausch teilzunehmen. Dies ermöglicht ein Umfeld, in dem eigene Werte und Ansichten Raum haben. Nicht zuletzt können sich informierte Patienten einfacher aktiv an Entscheidungen über ihre Gesundheit beteiligen, weil sie Kompetenzen erlangen, die sie selbstbefähigen. Die Prinzipien «*working with patient's beliefs and values*», «*engagement*» und «*sharing decision-making*» werden umgesetzt (McCormack & McCance, 2006, S. 476) (vgl. **Abbild XY**).

5.1.2 Das Mehrkomponenten-Programm

Die RCT von Aragonès u. a. (2012) stellt eine eher milde Effektstärke des Mehrkomponenten-Programms auf die Medikamenten-Adhärenz bei Patienten mit einer Major Depression fest. Die Interventionsgruppe war bei jeder Erfassung adhärenter als die Kontrollgruppe; jedoch war der Gruppenunterschied nur bei der sechsmonatigen Erhebung statistisch signifikant. Nach 12 Monaten war der Unterschied wieder unter der Signifikanzschwelle. Die meisten Patienten beenden die Antidepressiva-Behandlung lange vor der mindestens sechsmonatigen empfohlenen Therapiedauer, deshalb ist der Effekt dieser Intervention relevant für die Autorinnen (Serna, Cruz, Real, Gascó, & Galván, 2010). Die Adhärenz ist ein dynamisches und komplexes Phänomen. Je nach Krankheitsphase verändert sich der Grad der Adhärenz, da andere Risikofaktoren im Laufe der Zeit ins Spiel kommen (Acosta u. a., 2012). Demzufolge können sich die Autorinnen die Ergebnisse folgendermassen erklären: die Intervention wirkte wahrscheinlich eher auf die negativ-einwirkenden Einflussfaktoren der frühzeitigen Medikamentenunterbrechung in der Behandlung der

Depression – z.B. Einstellung zu den Medikamenten und zu den Nebenwirkungen – als auf die Herausforderungen in der Erhaltungsphase (Acosta u. a., 2012). Die Autorinnen können sich nämlich vorstellen, dass Schwierigkeiten in der Adhärenz im Laufe der Behandlung zunehmen. Für Patienten ist es beispielsweise schwer zu akzeptieren, dass die Behandlung auch nach dem Abklingen der depressiven Symptomatik notwendig ist (DGPPN u. a., 2015). Darüber hinaus verläuft eine Verhaltensveränderung oft nicht linear: häufig kommt es zu Rückfällen in alte Gewohnheiten bevor man sein Verhalten tatsächlich verändert (Rosengren, 2015).

Hinsichtlich der Adhärenz zur den Terminen mit Ärzten, Psychiatern oder Psychologen konnte diese RCT die Wirkung des Mehrkomponenten-Programms nicht belegen. Allerdings konnte sie nachweisen, dass die Intervention einen eindeutigen Effekt auf die Einhaltung der Pflgetermine hatte. Die Pflege konnte wahrscheinlich eine stärkere Vertrauensbeziehung mit der Interventionsgruppe aufbauen, da die Pflege eine wesentliche Rolle im Mehrkomponenten-Programm spielte. Die therapeutische Beziehung und besonders die therapeutische Alliance werden in der Literatur als entscheidend für die Adhärenz erachtet (Acosta u. a., 2012; Kremer & Schulz, 2013).

Aus den sechs ausgewählten Studien ist diese Studie die einzige, welche die Adhärenz über einen Zeitraum von 12 Monaten untersucht hat. Adhärenz war ein Nebenoutcome, deshalb wurde die Erfassung der Antidepressiva-Adhärenz kaum beschrieben. Die Adhärenz zu den Terminen wurde objektiv erfasst. Aufgrund der fehlenden Angaben sowie der Anwendung nur einzelner Messmethoden sind die Ergebnisse in der Aussagekraft abgeschwächt.

Aus Sicht der Autorinnen ist dieses Mehrkomponenten-Programm im Einklang mit dem Framework der personenzentrierten Pflege von McCormack & McCance (2006) und beinhaltet Interventionen zu jeder Ebene. Erstens wird das Pflegeumfeld durch eine effizientere Organisation innerhalb des Teams, z.B. mit der Entwicklung von Leitlinien und klaren Rollenverteilung, positiv beeinflusst. Weiter werden die *prerequisites* der Pflege verbessert. Anhand der Schulung, welche im Mehr-Komponentenprogramm enthalten ist, erlangten die Pflegenden klinische Fähigkeiten und Kompetenzen, um die Patienten mit «*treatment adherence support*» und «*patient and family education*» zu unterstützen (Aragonès u. a., 2012, S. 299). Diese zwei Massnahmen können dem personenzentrierten Prozesses untergeordnet werden, den die Pflegenden durch shared decision-making und das Engagement stärken. Auch die vierte Ebene – Outcomes – wurde in der Studie berücksichtigt: die aktive Beteiligung wurde gefördert und zudem wiesen alle TN eine sehr hohe Patientenzufriedenheit auf. Abschliessend können die Autorinnen sich vorstellen, dass eine Intervention, die alle Ebenen betrifft,

Vorteile sowie Nachteile beinhaltet (McCormack & McCance, 2006). Einerseits wird vermutlich die Qualität sowie die Kontinuität der Behandlung optimiert, was bei einer Erkrankung mit einem hohen Risiko zur Chronifizierung sehr wichtig ist (DGPPN u. a., 2015). Andererseits sehen die Autorinnen, dass die Komplexität des Programms zu Implementierungsschwierigkeiten führen könnte.

5.1.3 Online-Kontakte

Simon u. a. (2011) wies in seiner RCT eindeutige Effekte einer Intervention mit Online-Kontakten in der Nachbehandlung von TN mit einer Depression auf die Adhärenz bei der Antidepressiva-Einnahme nach. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Interventionsgruppe über mehr als 90 Tage die Antidepressiva regelmässiger einnahm als die Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse überraschten die Autorinnen, weil kein direkter Personenkontakt in dieser Intervention stattfand und die therapeutische Beziehung in der Literatur als wesentlich für Adhärenz betrachtet wird (Acosta u. a., 2012; Kremer & Schulz, 2013). Wahrscheinlich waren die TN über Mail besser erreichbar als per Telefon und vergassen dank regelmässiger Kontaktaufnahmen die Medikamenten-einnahme weniger. Das würde auch die positiven Ergebnisse erklären. Weiterhin erhielten die TN Fragen über die Adhärenz, Nebenwirkungen und Gründe für einen Medikamentenabbruch zur subjektiven Erfassung der Adhärenz. Letztere wurde auch objektiv erhoben. Die Autorinnen behaupten, dass in der Online-Erfassung die Patienten eher wahrheitsgetreu antworten, als wenn sie dem Fachpersonal gegenüberstehen. Durch Online-Kontakte wurde die fehlende Einhaltung der Therapie nicht verurteilt. Die Pflegefachpersonen versuchten die Nicht-Adhärenz besser zu verstehen, um schliesslich problemlöseorientierte Lösungen anzubieten. Die Forscher konnten mit dieser umfassenden und glaubwürdigen Erfassungsweise sicherstellen, dass die Veränderungen des Gesundheitszustands der Therapie und nicht dem nicht-adhärenten Verhalten zuzuweisen sind. Infolgedessen kann die Therapie effektiv und effizient anpasst werden (Sabaté & WHO, 2003; Lam & Fresco, 2015). Aufgrund der Kombination von subjektiven und objektiven Erfassungsmethoden betrachten die Autorinnen die Ergebnisse als aussagekräftig. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass alle TN Erfahrung mit *online messaging* hatten und motiviert waren, ausschliesslich mit diesem Mittel zu kommunizieren (Simon u. a., 2011).

Simon u. a. (2011) untersuchte die Nutzungsrate von weiteren Gesundheitsdienstleistungen als Nebenoutcome. Diese konnten jedoch durch die Intervention nicht verbessert werden. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die Online-Kontakte eher auf die Symptome und Nebenwirkungen der Medikamente gerichtet waren.

Die Intervention dieser RCT mit den Online-Kontakten ist weit weniger personenzentriert als die fünf anderen Interventionen. Einerseits war «*sympathetic presence*» stark abgeschwächt, andererseits wurden die Wertevorstellungen der Patienten durch die Algorithmus-gestützten Rückmeldungen nicht berücksichtigt. Aus der Sicht der Autorinnen konnte trotzdem dank guter Kommunikationstechniken wie z.B. durch Widerspiegelung Verständnis für die Beschwerden der Patienten übermittelt werden. Ausserdem wurde ein personenzentrierter Outcome – die Patientenzufriedenheit – in dieser Studie erfragt. Es stellte sich heraus, dass die Interventionsgruppe zufriedener mit der Behandlung als die Kontrollgruppe war (McCormack & McCance, 2006; Simon u. a., 2011).

5.1.4 Patientenpräferenzen

Raue u. a., (2009) zeigten in einer RCT, dass die alleinige Berücksichtigung der Patientenpräferenzen in der Auswahl der Therapie die Behandlungsinitiation begünstigt. In der Interventionsgruppe begannen alle TN die Therapie; acht TN der Kontrollgruppe fingen hingegen mit der Therapie nicht an. Letztere waren alle der Antidepressiva Therapie zugeteilt. Die Autorinnen waren von den Ergebnissen nicht überrascht. Sie bemerkten schon in der Praxis, dass die Einstellung und Ansicht der Patienten am Anfang einer Antidepressiva-Therapie im Vergleich zur Psychotherapie vermehrt mit einer negativen Stigmatisierung, Befürchtungen und Sorgen verbunden sind. Weiterhin wiesen die Ergebnisse der Studie auf positive Einflussfaktoren der Adhärenz bei Menschen mit einer Depression hin. Je stärker die Präferenz und die optimistischen Erwartungen bezüglich einer Behandlung, desto grösser die Probabilität, dass die Patienten die Behandlung initiieren. Diese Einflussfaktoren sind auch in der Review von Acosta u. a. (2012) abgebildet. Die Forscher identifizierten die Stärke der Präferenz sogar als die wichtigste Variable für den Beginn einer Behandlung und für eine verbesserte 12-wöchige Adhärenz. Entscheidend für die Erhöhung der Adhärenz war nicht das Erhalten der ausgewählten Behandlung, sondern die Präferenzstärke für die erhaltene Behandlung. Die Autorinnen waren erstaunt, dass das Erhalten der bevorzugten Therapie nicht genügend war, um das adhärenz Verhalten zu fördern. Nach Erfahrung der Autorinnen sind Patienten, welche die ausgewählte Behandlung stark bevorzugen, zuversichtlicher. Wahrscheinlich haben sie eine positivere Haltung hinsichtlich der Behandlung und sind eher bereit, die Therapie zu befolgen.

Die RCT von Raue u. a. (2009) untersuchte nicht nur den Effekt der Berücksichtigung der Patientenpräferenz bei der Antidepressiva-Therapie, sondern auch bei der Psychotherapie. Die Ergebnisse führten zum gleichen Schluss: eine starke Präferenz

für eine Behandlung ist mit einer signifikant höheren Behandlungsinittierung und 12-wöchigen Adhärenz verbunden. Diese Ergebnisse sind nachvollziehbar, weil die Patienten die Psychotherapie der Antidepressiva-Therapie vorzogen.

Raue u. a. (2009) erfassten die Medikamenten-Adhärenz anhand von retrospektiven Patientenberichten. Laut Lam & Fresco (2015) wird die Adhärenz mit dieser subjektiven Methode häufig überschätzt: im Durchschnitt sind 30% der Tagebucheinträge Überschätzungen des tatsächlichen Verhalten. Dies könnte einen möglichen Bias bei der Aussagekraft der Ergebnisse darstellen. Die Adhärenz zur Psychotherapie wurde objektiv mit der Anzahl an besuchten Terminen über 12 Wochen eruiert. Da die Ergebnisse nur für die Behandlungsinittierung und die Kurzzeit-Adhärenz stehen, sollten sie mit Vorsicht betrachtet werden.

Aus Sicht der Autorinnen stimmt die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen für eine Behandlung mit dem personenzentrierten Ansatz überein. Die Werte, die Bedürfnisse sowie die Vorstellungen des Patienten werden berücksichtigt. Die aktiv erfragte Patientenmeinung über die Präferenzen fördert das Engagement und die partizipative Entscheidungsfindung (*shared decision-making*). Die Pflege zeigt eine mitfühlende Präsenz und sorgt für eine holistische Pflege mit dem Erfragen der Patientenpräferenzen, da sie die Einzigartigkeit des Menschen würdigt und versucht, den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden. Somit wird vor allem die dritte Ebene – der personenzentrierte Prozess – mit dieser Intervention vertreten (McCormack und McCance, 2006).

5.1.5 Eine Schulung für PCPs über motivierende Gesprächsführung

Die RCT von Keeley u. a. (2014) konnte keinen eindeutigen Effekt eines Gesprächs mit einem MI-Ausgebildeten *primary care providers* (PCPs) auf die Behandlungsinittierung einer Antidepressiva Behandlung bei neu diagnostizierten Patienten nachweisen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Interventionsgruppe nicht mehr Change Talk über Antidepressiva offenbarte und nicht eher bereit war, eine neue Verordnung für Antidepressiva anzunehmen oder einzulösen. Die Autorinnen erklären sich dieses Phänomen mit der Tatsache, dass die Antidepressiva Therapie in der Gesellschaft mit Vorurteilen, Ängsten und Stigmatisierung verbunden ist (Koller, Haslacher, Kienesberger, Schmöger, & Schosser, 2015). In der motivierenden Gesprächsführung werden Veränderungen nicht eingeredet. Miller und Rollnick definieren die motivierende Gesprächsführung als «ein Ansatz, der den Patienten dazu verhilft, ihre Ambivalenz zu verstehen und zu lösen, und des Weiteren zu einer Verhaltensveränderung ermutigt» (Lam & Fresco, 2015, S. 5). Der Patient wird

aufgefordert, selbstständig Lösungen zu finden und zu entscheiden, was er in seinem Verhalten verändern möchte (Rosengren, 2015). Dementsprechend konnten die Einstellungen und die Ansichten, welche die Patienten gegenüber der Antidepressiva Behandlung hatten, wahrscheinlich nicht verändert werden.

Diese Studie zeigte auch, dass ein MI-Gespräch einen kleinen Effekt auf das Change Talk bezüglich körperlicher Betätigung und einen moderaten Effekt auf die tatsächliche Umsetzung der körperlichen Aktivität hat. Die PCPs entwickelten durch die Schulung das MI-Spirit sowie OARS-Fähigkeiten. Die OARS-Fähigkeiten umfassen das Verwenden von Kommunikationstechniken wie offene Fragen, Affirmationen zur Äusserung von Wertschätzung, reflektierendes Zuhören und die Zusammenfassung (Rosengren, 2015). Die von den PCPs erlernten Fähigkeiten ermutigen die Patienten ihre Ambivalenz für ein gesundheitsförderndes Verhalten zu lösen. Im Gegensatz zur Antidepressiva-Therapie wird Sport in der Gesellschaft als gut angesehen (Bette, 2014). Vermutlich hatten die TN eine bessere Einstellung zum Sport als zu den Medikamenten und waren deswegen eher bereit, ihr Verhalten zu verändern. Die Forscher haben die Adhärenz zur körperlichen Aktivität nur in der Woche nach dem Gespräch gemessen. Somit sagen die Ergebnisse nichts über die Adhärenz nach einigen Monaten aus, eher aber über die Umsetzung einer neu vorgeschlagenen Behandlung. Die Autorinnen verbinden diesen Schwerpunkt mit der Population der Studie. Alle TN waren neu-diagnostizierte Patienten. Bei dieser Population ist der erste Schritt die Behandlungsinitiierung. Die Anzahl der Tage mit körperlicher Aktivität ermittelten die Forscher anhand von Patientenberichten. Diese Methode birgt - wie schon erwähnt - Schwächen. Allerdings halten sie die Autorinnen für die einzig anwendbare Methode in diesem Kontext.

5.1.6 Telefonkontakte mit motivierenden Komponenten

Die motivierende Gesprächsführung findet sich auch in der Intervention der RCT von Zanjani u. a. (2008) wieder. Die Studie konnte einen eindeutigen Effekt des *Telephone-Base Referral Care Management* (TBR-CM) mit zusätzlicher Motivationsarbeit auf die Adhärenz bei Veteranen mit Depressionen und/oder einer Abhängigkeitsproblematik nachweisen. Deutlich mehr TN aus der Interventionsgruppe nahmen mindestens einen psychiatrischen Termin wahr. Weiterhin gingen die Probanden aus der Interventionsgruppe deutlich häufiger zu den Terminen mit dem Psychiater im Vergleich zur Kontrollgruppe. Zanjani u. a. (2008) zeigten nämlich, dass Teilnehmer, welche sich zum Ersttermin beim Psychiater motivieren liessen, eher bereit waren, auch künftige Termine einzuhalten. Somit ergab sich der erste Termin als der wichtigste für weitere Therapiebefolgung. Andere publizierte Forschungen, welche nur

auf Telefonanrufe setzen, konnten keine signifikante Verbesserung der Adhärenz nachweisen (Zanjani u. a., 2008). Die Autorinnen behaupten, dass die erweiterte Intervention mit der motivierenden Komponente erfolgreicher war, weil diese dem Adhärenz-Konzept nähersteht (Sabaté & WHO, 2003; Rosengren, 2015). Im MI-Spirit wird die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die Evokation von Lösungsvorschlägen und das Unterstützen der autonomen Entscheidungsfindungen vertreten (Rosengren, 2015). Die Adhärenz zur den Therapieterminen wurde in der Studie von Zanjani u. a. (2008) anhand der Anzahl eingehaltener Termine und der Anzahl nicht wahrgenommener Telefonkontakte erfasst. Sämtliche Erkenntnisse basieren somit auf ausschliesslich objektive Messmethoden. Objektive Erfassungen werden häufiger in der Forschung verwendet, da sie zuverlässiger als subjektive Erfassungen sind. Hingegen liefern objektive Messmethoden keine Angaben über die Gründe für nicht-adhärentes Verhalten (Lam & Fresco, 2015). Darüber hinaus wurde die Adhärenz über einen Zeitraum von sechs Monaten erfasst. Dementsprechend sind die Ergebnisse als aussagekräftig zu betrachten.

Die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung – Empathie, Unterstützung der Selbstwirksamkeit, Aufrufen von Diskrepanz und Umgang mit Widerstand – sind ebenfalls in Framework von McCormack und McCance vorzufinden (Rosengren, 2015). Demnach entsprechen sowohl die MI-basierte Intervention von Keeley u. a. (2014) als auch das TBR-CM von Zanjani u. a. (2008) dem personenzentrierten Ansatz. Einerseits werden die *prerequisites* des Fachpersonals in beiden Studien durch eine Schulung erweitert (fachliche Kompetenzen und zwischenmenschlichen Fähigkeiten). Andererseits wird in MI-Gesprächen mittels Umsetzung der OARS-Fähigkeiten eine wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten eingenommen. Dem Patienten wird aktiv zugehört und sein Engagement gefördert. Dies ermöglicht dem Patienten, seine Ansichten, Werte und Bedürfnisse auszudrücken und diese auch zu vertreten. Letztlich ist es wichtig, dass Pflegende ihre Werte und Normen gut kennen, damit sie den Patienten wertfrei gegenüberstehen ohne überzeugen zu wollen. Die Entscheidung, das Verhalten zu ändern, soll schliesslich von der Person selbst kommen (McCormack & McCance, 2006; Rosengren, 2015). Somit ist die motivierende Gesprächsführung ein «direkter patientenzentrierter Ansatz» wie es auch Miller und Rollnick bestätigen (Lam & Fresco, 2015, S. 5).

5.2 Qualität der eingeschlossenen Studien

Die ausgewählten Studien wurden anhand des Beurteilungsbogens von Behrens und Langer (2010) auf Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit untersucht. In den nächsten Abschnitten werden die aufgezählten Qualitätskriterien diskutiert.

5.2.1 Glaubwürdigkeit

Als ersten Faktor für die Glaubwürdigkeit haben die Autorinnen auf die Randomisierung der Teilnehmenden geachtet. In alle sechs ausgewählten Studien wurden die Teilnehmer per Randomisierung der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeteilt, was die Beweiskraft der Studie und somit der vorhandenen Literaturübersicht erhöht. Weiterhin war für Autorinnen die Größe der Stichprobe bedeutend. Die ausgewählten Studien untersuchen eine Population zwischen 60 und 338 Teilnehmern. Nach der Poweranalyse der Studien ist die Grösse der meisten Samples ausreichend. Die RCT von Aragonès u. a. (2012) hatte im Vergleich zu den anderen Studien die größte Anzahl an Teilnehmenden (338); jedoch war das Sample nach der Poweranalyse nicht ausreichend. Ein anderer wichtiger Punkt zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit ist das Follow-up, auch Drop-Out genannt. Bei fünf Studien haben mehr als 80 Prozent der Teilnehmenden die Studie vollendet. Jedoch fehlte in der Studie von Simon u. a., (2011) eine klare Begründung für die Ausfälle. Bei Zanjani u. a. (2008) war die Messung des Drop-outs nicht möglich, weil die Teilnehmenden, welche nicht mehr kontaktierbar waren, als nicht-adhärent eingestuft wurden. Die Rekrutierung, Basis-Merkmale und Gruppenwechsel waren in allen sechs Studien methodologisch korrekt.

5.2.2 Aussagekraft

In diesem Bereich waren die ausgewählten Studien qualitativ sehr gut, bis auf die Präzision der Ergebnisse. Der gemessene Behandlungseffekt war in den meisten Studien mittel bis hoch und die Zufälligkeit der Ergebnisse (p-Werte) wurde bei fast jeder statistischen Messung berechnet (mit Ausnahme eines Ergebnisses in Raue u. a. (2009)). Auf der anderen Seite wurden in vier von sechs Studien die Konfidenzintervalle nicht kalkuliert. Die Konfidenzintervalle sind selten in Studien anzutreffen; deshalb wurde dieses Kriterium weniger beachtet. Dafür haben die Autorinnen hinsichtlich der Präzision der Ergebnisse die Erfassung der Adhärenz berücksichtigt.

Da manche Studien (Aragonès u. a., 2012; Raue u. a., 2009; Zanjani u. a., 2008) Schwächen in der Erfassung der Adhärenz vorwiesen, sind einige Ergebnisse mit

Vorsicht zu betrachten. Nur Simon u. a. (2011) wandte sowohl subjektive als auch objektive Messinstrumente an.

5.2.3 Anwendbarkeit

Für die Diskussion der Anwendbarkeit der Interventionen haben sich die Autorinnen hauptsächlich auf folgenden Kriterien gestützt: die Übertragbarkeit auf unsere Population, das Kosten-Nutzen-Verhältnis und die Ethik.

5.2.3.1 Übertragbarkeit

Die Merkmale der Teilnehmer, wie z.B. unterschiedliche Diagnosen und Settings, liefern wichtige Informationen für die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Keeley u. a. (2014), Raue u. a. (2009), Aragonès u. a. (2012) und Simon u. a. (2011) untersuchten ausschließlich erwachsene Patienten mit einer Major depressiven Episode. Somit können die Ergebnisse dieser vier Studien auf unsere Population übertragen werden. Allerdings sind noch einzelne Besonderheiten zu berücksichtigen. In der Studie von Keeley u. a. (2014) hatten alle TN eine neu diagnostizierte Depression, während in der Studie von Raue u. a. (2009) die meisten TN eine rezidivierende Depression aufwiesen. Da die Patienten je nach Erfahrung und Wissen andere Ansichten, Überzeugungen und Vorbehalte gegenüber der Behandlung mit sich bringen, könnte dieser Unterschied die Adhärenz-Rate beeinflusst haben. Im Weiteren untersuchte die Forschung von Zanjani u. a. (2008) hauptsächlich männliche Veteranen, welche an einer Depression und/oder an einer Suchtproblematik litten. Die Studie konnte belegen, dass die Diagnose keinen Einfluss auf den Behandlungseffekt hatte, was sich positiv auf die Übertragbarkeit auswirkt. Dennoch sind für die Autorinnen die Ergebnisse von Zanjani u. a. (2008) aufgrund der speziellen Eigenschaft der Probanden (Veteranen) nur beschränkt übertragbar. Letztlich haben Eker & Harkin (2012) nur Teilnehmer mit einer bipolaren Störung rekrutiert. Die Studie informiert allerdings nicht darüber, wie viele Teilnehmer zum Zeitpunkt der Datenerhebung depressiv waren, was die Übertragbarkeit limitiert.

Die Teilnehmer der ausgewählten Studien stammten aus unterschiedlichen ambulanten Settings (Primary Care, somatische Settings, integrierte Versorgung, spezialisierte Ambulatorien). Da alle Patienten ambulant begleitet wurden, lassen sich die Studien einfacher vergleichen.

5.2.3.2 Kosten-Nutzen-Verhältnis

Ist der Nutzen der Interventionen die Kosten oder den Zeitaufwand wert, lassen sich die Interventionen leichter in die Praxis umsetzen. In drei von sechs eingeschlossenen

Studien wurde keine ausführliche Kostenanalyse durchgeführt (Keeley u. a., 2014; Raue u. a., 2009; Eker & Harkin, 2012). Allerdings weisen diese Studien hoch signifikante Ergebnisse auf. Da die Nicht-Adhärenz mit erheblichen Kosten verbunden ist, ist aus der Sicht der Autorinnen der Nutzen dieser Interventionen je nach Kontext und Population gerechtfertigt.

5.2.3.3 Ethische Aspekte

Alle Studien gaben an, ethisch vertretbare Interventionen durchgeführt zu haben. Somit können diese Interventionen mit gutem Gewissen in der Praxis angewendet werden. Dennoch sollten bei jedem Transfer aufgrund neuer Rahmenbedingungen erneut ethische Überlegungen gemacht werden.

5.3 Empfehlungen für die Praxis

Im vorliegenden Abschnitt möchten die Autorinnen den Transfer der pflegerischen Interventionen in die Praxis erörtern. Dies wird mit einem kritischen Blick sowie Hinweisen auf mögliche Limiten bei der Anwendbarkeit diskutiert.

Für die Behandlungsinitiierung empfehlen die Autorinnen die Interventionen von Keeley u. a. (2014), Zanjani u. a. (2008) und Raue u. a. (2009). Die Schulung zur motivierenden Gesprächsführung für Ärzte und Pflegende empfehlen die Autorinnen, um die Adhärenz zur körperlichen Aktivität zu verbessern. Bewegung wird nach der heutigen Datenlage bei leichter oder mittelschwerer Depression empfohlen: Forscher gehen von einem kleinen bis moderaten Effekt in der Behandlung der Depression aus (DGPPN u. a., 2015). Noch muss überprüft werden, ob diese Schulung auch langfristige Ergebnisse bringt und weitere Aspekte der Behandlung positiv beeinflussen kann. Deshalb schlagen die Autorinnen den Institutionen und Pflegestationen vor, den Kosten-Nutzen je nach Zielpopulation abzuwägen. Weiter weist die Methodologie der Studie Schwächen in der Erfassung der Adhärenz auf. Erstens wurde die Anzahl an Tagen mit körperlicher Aktivität anhand von Patientenberichten ermittelt. Demzufolge muss bei der Aussagekraft der Ergebnisse eine mögliche Überschätzung der Adhärenz betrachtet werden. Zweitens gibt die Datenerhebung in der Woche nach dem Gespräch Angaben zur Behandlungsinitiierung und Behandlungsumsetzung, aber nicht zur Persistenz der Therapiebefolgung. Allgemein ist die Effektivität von MI bei Depressionen noch nicht ausreichend belegt. Allerdings weisen aktuelle Studien bereits positive Ergebnisse nach (Interian, Lewis-Fernandez, Gara, & Escobar, 2013; Lewis-Fernandez u. a., 2013; Heise & Servellen, 2014).

Das Einhalten der Termine kann von Pflegefachpersonen mittels *Telephone-Based Referral Care Management* (TBR-CM) mit zusätzlicher motivierender Gesprächsführung unterstützt werden (Zanjani u. a., 2008). Die Autorinnen empfehlen diese Intervention vor allem für die Behandlungsinitiierung, da die Patienten adhärenter sind, wenn sie den Ersttermin besucht haben. Die Pflegenden könnten anhand eines bis zwei strukturierten Telefongesprächen die Patienten unterstützen, ihre Ambivalenz bezüglich des Behandlungsbeginns zu lösen. Noch müsste geklärt werden, ob der Zeitaufwand den Nutzen wert ist. Weiter bleibt umstritten, ob die Intervention auch auf einer weiblichen, nicht-veteranen Population erfolgreich umgesetzt werden kann. Gemäss dem Forschungsstand ist die telefon-gestützte motivierende Gesprächsführung für die Förderung der Adhärenz bei chronisch kranken Patienten vielversprechend (Teeter & Kavookjian, 2014; Palacio u. a., 2016). Laut Arkowitz, Miller, & Rollnick (2017) «*MI has potential not only as a “stand-alone” treatment but perhaps more importantly as an approach that can be combined or integrated with other effective therapeutic methods*» (S. 26). Da die Studie von Zanjani die erste RCT über TBR-CM mit motivierender Gesprächsführung ist, sind weitere Forschungen notwendig, um die Wirksamkeit dieser kombinierte Intervention auf die Adhärenz bei Menschen mit einer Depression zu bestätigen.

Die Studie von Raue u. a. (2009) zeigt, dass die Präferenzstärke für eine Behandlung, mehr als die reine Präferenz an sich, die Behandlungsinitiierung sowie die Adhärenz fördert. In der Studie Raue u. a. (2009) hat der Care Manager die Präferenzstärke anhand einer Likert Skala erfasst (1 = überhaupt nicht einverstanden, 5 = stark einverstanden). Die Autorinnen empfehlen die Umsetzung dieser Pflegemassnahme in der Pflegepraxis, da die Erfassung der Präferenzstärke ihrer Meinung nach wenig Zeit und Aufwand erfordert und die Adhärenz dadurch signifikant verbessert wird. Weitere Studien erheben, dass Patienten tatsächlich adhärenter sind, wenn sie die bevorzugte Behandlung erhalten (Rokke, Tomhave, & Jovic, 1999; Loh u. a., 2007). Die Pflegefachperson geht somit auf den Patienten ein, kann wichtige Angaben zu einem wichtigen Einflussfaktor der Adhärenz in der Depression erfassen, um schlussendlich mit dem Arzt abzuwägen, welche Therapien am besten vorschlagen werden sollte. Nach Raue u. a. (2009) sollte eher eine Behandlung in der Umgebung des Patienten angeboten werden, wenn die Präferenzstärke schwach ist und wenn diese stark ist, sollte die bevorzugte Behandlung Vorrang haben. Insgesamt weist diese Studie einige Limiten in der Anwendbarkeit auf: die Studie macht beispielsweise keine Angaben zum Kosten-Nutzen Verhältnis und zur langfristigen Adhärenz.

Die sechs Sitzungen Psychoedukation mit einer interaktiven Lernmethode, untersucht von Eker & Harkin (2012), zeigen eine eindeutige Verbesserung der Adhärenz zu den Medikamenten nach sechs Monaten. Unklar in dieser semi-experimentellen Studie bleibt jedoch die Anzahl bipolarer Teilnehmer, die sich während der Interventionen und Datenerhebung in einer depressiven Episode befanden. Die meisten publizierten Studien über Psychoedukation wurden bei Patienten mit einer bipolaren Störung durchgeführt (Colom & Lam, 2005; Dietrich, Wagner, & Bräunig, 2003; Gonzalez-Pinto u. a., 2004; Rouget & Aubry, 2007; DGPPN u. a., 2015). Diese stützen die Ergebnisse von Eker & Harkin (2012). Weitere Studien, welche sich ausschliesslich auf depressive Störungen konzentrierten, kamen auf ähnliche Resultate: die Leitlinie DGPPN u. a. (2015) bestätigt die Wirkung von Psychoedukation auf die Medikamenten-Adhärenz bei Menschen mit einer Depression. Darüberhinaus scheint die interaktive Lernmethode von Eker & Harkin (2012) ein guter Ansatz, um eine verbesserte Adhärenz zu erlangen. Die Autorinnen finden wichtig, dass die Pflegenden die Patienten motivieren, an Psychoedukationssitzungen teilzunehmen. Aufgrund der umfassenden aber ausschliesslich subjektiven Erfassung der Adhärenz, der Datenerhebung über ausschliesslich sechs Wochen und der fehlenden Kosten-Nutzen Analyse bräuchte es weitere Forschungen, um die Anwendbarkeit der Intervention bei einer depressiven Population für die Förderung der Adhärenz über einen längeren Zeitraum zu untermauern. Eine Verhaltensänderung braucht viel Zeit. Es wurde noch nicht belegt, dass der Effekt langfristig über die Dauer der Intervention hinaus anhält. Trotzdem sehen die Autorinnen dieses informative Psychoedukationsprogramm als eine vielversprechende Pflegeintervention zur Förderung der Medikamenten-Adhärenz.

Online-Kontakte durch die Pflegefachpersonen sind eine gute Möglichkeit für die Nachbehandlung innerhalb des Case Management, welche dem Patienten angeboten werden kann. Die Intervention von Simon u. a., (2011) ermöglicht die Adhärenz zu einer neu eingeführten Antidepressiva-Therapie über mindestens drei Monate zu fördern. Online-Kontakte zeichnen sich durch rechtzeitige Mitteilungen und hohe Verfügbarkeit aus. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist ein weiterer interessanter Punkt: im Vergleich zum Telefonkontakt ist das *online messaging* zeitsparend. Noch bleibt unklar, ob die Intervention langfristig wirksam ist. Jedenfalls sollten Patienten idealerweise bereits Erfahrung mit einem Web-basierten Kontakte haben und Bereitschaft zeigen, auf diese Weise zu kommunizieren. Auch ermutigen die Autorinnen die Pflegefachpersonen, die Nachrichten häufiger für die Patienten individuell anzupassen. Somit könnte die Patientenzufriedenheit und das Engagement noch erhöht werden. Aus der Sicht der Autorinnen weicht das *online messaging* unter

den hier beschriebenen Interventionen am meisten vom personenzentrierten Ansatz ab. Demzufolge stellen die Autorinnen fest, dass je nach Zielpopulation und Setting auch andere Ansätze als wirksam gelten. Die Meta-Analyse von Thakkar u. a. (2016), welche den Einsatz von Textnachrichten über das Smartphone zur Förderung der Medikamenten-Adhärenz bei chronisch kranken Patienten erforscht, ist ein Beweis für das wachsende Interesse an innovativen und zeitgemässen Interventionen.

Zuletzt weisen die Autorinnen auf das Mehrkomponenten-Programm von Aragonès u. a. (2012) hin. Dieses ganzheitliche Angebot bietet gute Ansätze, um eine engere Zusammenarbeit zwischen Patienten und Pflegefachperson über eine längere Zeit (ein Jahr) zu erreichen. Auch die Medikamenten-Adhärenz kann verbessert werden. In diesem Programm nimmt die Pflegefachperson die Rolle der Case Managerin ein. Sie koordiniert den gesamten Care Management Prozess, um die Kontinuität der Behandlung unter verschiedenen Mitarbeitern zu gewährleisten. Die Pflege ist zudem für die Förderung der Adhärenz sowie für die psychoedukative Unterstützung von Patienten und Angehörigen verantwortlich. Die Wichtigkeit der Rolle des Case Managers im Rahmen der Medikamenten-Adhärenz wird ebenfalls im Artikel von Heise & Servellen (2014) sowie in der Review von Kuntz u. a. (2014) betont. Weiterhin wurden in diesem Programm kein zusätzliches Personal oder neue Verfahren eingeführt. Die Intervention basiert auf einer effizienteren Nutzung der verfügbaren Ressourcen, was als ein erheblicher Vorteil angesehen werden kann. Ausserdem wird eine Veränderung auf allen Ebenen des personenzentrierten Ansatzes angestrebt (Fachpersonal, Pflegeumfeld, Prozesse und Outcomes), was gute Voraussetzung für eine langfristige Adhärenz schafft. Auch die WHO zeigt auf, dass vielseitige Interventionen, die mehrere Ebenen betreffen, die langzeitige Adhärenz bei Menschen mit einer Depression fördern können (Sabaté & WHO, 2003). Aufgrund unvollständiger Beschreibung aller Erfassungsmethoden der Adhärenz sind jedoch die Ergebnisse der Studie mit Vorbehalt zu betrachten. Bei der Implementierung des Programms ist unter anderem seine Anpassung an das vorliegende Gesundheitssystem zu beachten sowie eine gute Planung der Umsetzung.

5.4 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

Diese Literaturübersicht zeichnet sich vor allem durch die Aktualität der Problematik und die Qualität der eingeschlossenen Studien aus. Durch die Auswahl von qualitativ hochwertigen Studien war es den Autorinnen möglich, überzeugende Interventionen zusammenzutragen. Im Weiteren haben die Autorinnen bei der Auswertung der Studien auf die Erfassung der Adhärenz geachtet. Unter Berücksichtigung

unterschiedlicher Messmethoden konnten wichtige Anmerkungen zur Aussagekraft der Ergebnisse geliefert werden. Eine weitere Stärke ist der Einbezug der mid-range Theorie von McCormack und McCance (2006). Die Verbindung mit personenzentrierter Pflege ermöglichte, die erhobenen Ergebnisse umfassender zu interpretieren und somit ein besseres Verständnis für die Rolle der Pflege in der Adhärenz zu gewinnen. Die Ergebnisse, auf die sich die Empfehlungen stützen, stehen im Einklang mit der Literatur und der derzeitigen Datenlage. Somit werden letztlich die Empfehlungen in ihrer Aussagekraft gestärkt.

Eine Limitierung dieser Arbeit ist die begrenzte Zahl an ausgewählten Studien. Eine Literaturübersicht aus sechs Studien ermöglicht nur einen kleinen Überblick der Thematik, weshalb dieser Arbeit nur wenig Gewicht zugesprochen werden kann. Wenn mehr Studien mit vergleichbaren Interventionen und Settings hätten eingeschlossen werden können, hätte dies eine breitere und vertrauenswürdigere Übersicht über Pflegeinterventionen zur Förderung der Adhärenz ermöglicht. Auch muss die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund heterogener Populationen mit Vorbehalt betrachtet werden. Als letzte Limitierung muss auch die fehlende Erfahrung der Autorinnen im Forschungsbereich aufgeführt werden. Demzufolge ist es möglich, dass Angaben in den Studien gegebenenfalls übersehen wurden. Genauso können Übersetzungs- und Interpretationsfehler aufgrund begrenzter Englischkenntnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Aufgrund der Komplexität des Phänomens kommen die Autorinnen zum Schluss, dass momentan kein «Goldstandard» im Bereich der Adhärenz-Förderung bei Menschen mit einer Depression vorliegt. Je nach Behandlungsphase (Initiierung, Akuttherapie, Erhaltungstherapie) und Adhärenzphase (Initiation, Implementation, Abbruch; Persistenz) sind verschiedene Interventionen wirksam. Um angepasste Interventionen vorzuschlagen, sollten auch die fünf Dimensionen der Adhärenz von den Pflegenden berücksichtigt werden. Zur Förderung der Adhärenz sind deshalb eher Interventionen effektiv, welche auf mehrere Einflussfaktoren der Adhärenz in der Depression einwirken.

Die vorliegende Literaturübersicht beleuchtet wichtige Aspekte der Adhärenz bei Menschen mit einer Depression. Die Autorinnen haben festgestellt, dass Psychoedukation in der Adhärenzförderung wesentlich ist. Diese Komponente war in mehreren Interventionen anzutreffen. Besonders bewährt sich der interaktive Austausch auf einer partnerschaftlichen Ebene. Weiterhin können Pflegende bereits durch kurze, leicht umsetzbare Massnahmen einen Unterschied bewirken. Zwei Beispiele dafür sind die Berücksichtigung der Präferenzstärke in der Auswahl der Behandlung oder die Online-Kontakte für die Nachbehandlung. Auch die Einführung von ein bis zwei Telefongesprächen mit motivierender Gesprächsführung stellt eine vielversprechende Möglichkeit dar. Weiter stellt die Rolle der Pflege als Care Manager einen zentralen Punkt in der Adhärenzförderung dar. Das Care Management, welches in den USA schon längst etabliert ist, war in der Mehrheit der untersuchten Interventionen anzutreffen (Zanjani u. a., 2008; Simon et al., 2011; Aragonès u. a., 2012; Raue u. a., 2009). In der Schweiz werden Care- und Case Management Funktionen erst nach und nach eingeführt. «Sie gelten als wirksamer Lösungsansatz im fragmentierten Versorgungssystem», insbesondere bei Menschen mit chronischen Erkrankungen (Kalaidos Fachhochschule, 2017). Auch die Reviews von Heise & Servellen (2014) und Kuntz u. a. (2014), welche die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme untersuchten, unterstützten die Funktion des Care Managers. Generell ist für eine langzeitige Förderung der Adhärenz eher die Anwendung von vielseitigen Interventionen vorzuziehen. Dies stellt gleichzeitig einen guten Ansatz wie auch eine Herausforderung in der Pflege dar und wird ebenfalls in verschiedenen Reviews und Berichten unterstützt (Chong, Aslani, & Chen, 2011; Heise & Servellen, 2014; Sabaté & WHO, 2003).

Die Autorinnen konnten im Verlauf der Arbeit feststellen, dass die personenzentrierte Pflege in der Adhärenzförderung bereits häufig umgesetzt wird. So stimmen alle

Interventionen der ausgewählten Studien mehr oder weniger mit dem personenzentrierten Ansatz überein. Um diesen Zusammenhang sicherzustellen, sind weitere Forschungen über die personenzentrierte Pflege im Bereich der Adhärenz bei Probanden mit einer Depression notwendig. Interessant wäre die Entwicklung von personenzentrierten Leitlinien in diesem Bereich für die Praxis.

Aufgrund der begrenzten Studienzahl konnten nicht alle Aspekte des Themas untersucht werden. Vielmehr stellt diese Literaturübersicht den Versuch dar, verwendbare Möglichkeiten für die Praxis zu identifizieren. Ein Vergleich mit aktuellen und umfangreicheren Reviews wäre notwendig, um die vorliegenden Ergebnisse zu untermauern und den Empfehlungen noch mehr Glaubwürdigkeit zu verleihen.

Abschliessend sind Autorinnen durch diese Bachelorarbeit zu einem besseren Verständnis des Adhärenz-Konzeptes bei Menschen mit Depressionen sowie der personenzentrierten Pflege gekommen. Die Arbeit hat ihnen ermöglicht, die Begleitung von nicht-adhärenenten Menschen unter einem neuen Blickwinkel zu sehen. Dass es nämlich wichtig ist, die Betroffenen und ihre Beweggründe zu verstehen, um gemeinsam mit ihnen individuell angepasste Interventionen herauszusuchen.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Acosta, F., Rodriguez, L., & Cabrera, B. (2012). Beliefs about depression and its treatments: Associated variables and the influence of beliefs on adherence to treatment. *Elsevier Espana*, 6(2), 86–92.
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Maria Hernández, J., ... Folch, S. (2012a). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.020>
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., Caballero, A., López-Cortacans, G., Casaus, P., Maria Hernández, J., ... Folch, S. (2012b). Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project. *Journal of Affective Disorders*, 142(1–3), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.020>
- Arkowitz, H., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2017). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*.
- Baer, N. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung: Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweizer Bevölkerung: Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Behrens, J., Langer, G., Eberhardt, D., Fink, A., Kaap-Fröhlich, S., Köpke, S., ... Tappeiner, W. (2016). *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der «Wissenschaft»* (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Bern: Hogrefe.

- Berben, L., & De Geest, S. (2012). Interventionen zur Verbesserung der Adhärenz: Medikamenten-Einnahme bei chronisch kranken Patienten. *Clinical Updates-Evidenzbasierte Pflege*.
- Bette, K.-H. (2014). *Sportsoziologische Aufklärung: Studien zum Sport der modernen Gesellschaft*. transcript Verlag.
- Bosworth, H. B., Oddone, E. Z., & Weinberger, M. (2006). *Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions, and Measurement*. Psychology Press.
- Bugnon, O., & Buchmann, M. (2012). Pharmacie d'officine et médecine interne générale à la croisée des mêmes chemins: des opportunités à saisir. Abgerufen 21. Dezember 2016, von <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-364/Pharmacie-d-officine-et-medecine-interne-generale-a-la-croisee-des-memes-chemins-des-opportunités-a-saisir>
- Chong, W. W., Aslani, P., & Chen, T. F. (2011). Effectiveness of interventions to improve antidepressant medication adherence: a systematic review: Effectiveness of interventions to improve antidepressant adherence. *International Journal of Clinical Practice*, 65(9), 954–975. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02746.x>
- Colom, F., & Lam, D. (2005). Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *European Psychiatry*, 20(5), 359–364. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.06.002>
- Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, D.C.: National Academy Press. Abgerufen von <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3375215>
- Dachverband Adherence e.V. (2011). Adherence. Abgerufen 12. Juni 2017, von <http://www.dv-adherence.de/>
- DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression -*

Langfassung, 2. Auflage. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

- Dietrich, G., Wagner, P., & Bräunig, P. (2003). Psychoedukation in der Behandlung bipolarer affektiver Erkrankungen. *psychoneuro*, 29(09), 403–408. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43143>
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H., & Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe Verlag.
- DiMatteo, R., Lepper, H., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk faktor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence.
- Eker, F., & Harkin, S. (2012a). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.004>
- Eker, F., & Harkin, S. (2012b). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.004>
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., ... Perez de Heredia, J. L. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2), 83–90. <https://doi.org/10.1046/j.0001-690X.2003.00240.x>
- Heise, B. A., & Servellen, G. van. (2014). The nurse's role in primary care antidepressant medication adherence. *Journal of Psychosocial Nursing*, 52(4), 48–57.

- Heise, B. A., & van Servellen, G. (2014). The nurse's role in primary care antidepressant medication adherence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(4), 48–57. <https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-08>
- Interian, A., Lewis-Fernandez, R., Gara, M. A., & Escobar, J. I. (2013). A RANDOMIZED-CONTROLLED TRIAL OF AN INTERVENTION TO IMPROVE ANTIDEPRESSANT ADHERENCE AMONG LATINOS WITH DEPRESSION: Research Article: Antidepressant Adherence among Latinos. *Depression and Anxiety*, 30(7), 688–696. <https://doi.org/10.1002/da.22052>
- International Council of Nurses. (2009). Nursing sensitive outcome indicators. Abgerufen von http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/15c_FS-Nursing_Sensitive_Outcome_Indicators.pdf
- Johnston, B. J. (2013). The Role of Patient Experience and its Influence on Adherence to Antidepressant Treatment. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(12), 29–37. <https://doi.org/10.3928/02793695-20130930-04>
- Kalaidos Fachhochschule. (2017, Juli 5). CAS FH in Care Management. Abgerufen von <https://www.kalaidos-fh.ch/de-CH/Departement-Gesundheit/Certificate-of-Advanced-Studies/CAS-in-Care-Management>
- Keck, M. E. (2010). Depression: Wie entsteht sie? Wie wird sie behandelt ? Was ist der Zusammenhang mit Stress ? Lundbeck (Schweiz). Abgerufen von http://www.depression.ch/documents/erkennen_web_d.pdf
- Keeley, R. D., Burke, B. L., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., ... Kaplan, J. (2014a). Training to Use Motivational Interviewing Techniques for Depression: A Cluster Randomized Trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(5), 621–636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>
- Keeley, R. D., Burke, B. L., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., ... Kaplan, J. (2014b). Training to Use Motivational Interviewing Techniques for

- Depression: A Cluster Randomized Trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(5), 621–636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>
- Koller, R., Haslacher, H., Kienesberger, K., Schmöger, M., & Schosser, A. (2015). Einstellung zu antidepressiver Therapie: Akzeptanz vs. Stigmatisierung. *neuropsychiatrie*, 29(1), 14–22. <https://doi.org/10.1007/s40211-014-0134-6>
- Kremer, G., & Schulz, M. (2013). *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie* (2. Aufl). Köln: Psychiatrie-Verl.
- Kuntz, J. L., Safford, M. M., Singh, J. A., Phansalkar, S., Slight, S. P., Her, Q. L., ... Hornbrook, M. C. (2014). Patient-centered interventions to improve medication management and adherence: A qualitative review of research findings. *Patient Education and Counseling*, 97(3), 310–326. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.08.021>
- Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015, e217047. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>
- Lewis-Fernandez, R., Balan, I. C., Patel, S. R., Sanchez-Lacay, J. A., Alfonso, C., Gorritz, M., ... Moyers, T. B. (2013). Impact of Motivational Pharmacotherapy on Treatment Retention Among Depressed Latinos. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 76(3), 210–222. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.3.210>
- Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunnhuber, S., & Wewetzer, C. (2012). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie: [mit dem Plus im Web ; Zugangscode im Buch]* (7. Aufl). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W., & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 324–332. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.023>

- Mayer, H., & Nagel-Cupal, M. (2011). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung* (3., aktualisierte und überarb. Aufl). Wien: Facultas.wuv.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006a). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006b). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Palacio, A., Garay, D., Langer, B., Taylor, J., Wood, B. A., & Tamariz, L. (2016). Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 31(8), 929–940. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3>
- Pruitt, S., Canny, J., & Epping-Jordan, J. (Hrsg.). (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. Geneva: World Health Organization, Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Chronic Diseases and Health Promotion Dept.
- Raue, P., Schulberg, H., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. (2009). Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services*, 60(3). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.3.337>
- Rokke, P. D., Tomhave, J. A., & Jovic, Z. (1999). The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychology and Aging*, 14(1), 155–169. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.14.1.155>

- Rosengren, D. B. (2015). *Arbeitsbuch motivierende Gesprächsführung: Trainingsmanual*. (T. Kierdorf & H. Höhr, Übers.) (2. Auflage). Lichtenau/Westfalen: G.P. Probst Verlag.
- Rouget, B. W., & Aubry, J.-M. (2007). Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 98(1), 11–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.016>
- Sabaté, E. (Hrsg.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Sabaté, E., & WHO (Hrsg.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Schneider, M.-P., & Spirig, R. (2006). Die Adhärenz: Ein wichtiges Element in der Betreuung von Chronischkranken. Apotheker und managed care.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-Centeredness – A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE*, 9(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Schulz, M. (2016). Adherence: Langfristiges Krankheitsmanagement durch Zusammenarbeit positiv beeinflussen. *Psychiatrische Pflege*, 1(1), 13–17. <https://doi.org/10.1024/2297-6965/a000004>
- Serna, M. C., Cruz, I., Real, J., Gascó, E., & Galván, L. (2010). Duration and adherence of antidepressant treatment (2003 to 2007) based on prescription database. *European Psychiatry*, 25(4), 206–213. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.07.012>
- Simon, G. E., Ralston, J. D., Savarino, J., Pabiniak, C., Wentzel, C., & Operskalski, B. H. (2011a). Randomized Trial of Depression Follow-Up Care by Online Messaging. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 698–704. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1679-8>
- Simon, G. E., Ralston, J. D., Savarino, J., Pabiniak, C., Wentzel, C., & Operskalski, B. H. (2011b). Randomized Trial of Depression Follow-Up Care by Online

- Messaging. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 698–704.
<https://doi.org/10.1007/s11606-011-1679-8>
- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ: British Medical Journal*, 333(7557), 15. <https://doi.org/10.1136/bmj.38875.675486.55>
- Teeter, B. S., & Kavookjian, J. (2014). Telephone-based motivational interviewing for medication adherence: a systematic review. *Translational Behavioral Medicine*, 4(4), 372–381. <https://doi.org/10.1007/s13142-014-0270-3>
- Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T.-L., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., ... Chow, C. K. (2016). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176(3), 340. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7667>
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U., & Szucs, T. D. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0026-9>
- van der Heide, I., Snoeijs, S. P., Boerma, W. G., Schellevis, F. G., & Rijken, M. P. (2016). *How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe?* Berlin. Abgerufen von <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/how-to-strengthen-patient-centredness-in-caring-for-people-with-multimorbidity-in-europe>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26(5), 331–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>

- Voshaar, M. J. H., Nota, I., van de Laar, M. A. F. J., & van den Bemt, B. J. F. (2015). Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 29(4–5), 643–663. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2015.09.007>
- WHO (Hrsg.). (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO.
- WHO. (2017). Management of quality of care. Abgerufen von <http://www.who.int/management/quality/en/>
- Zanjani, F., Miller, B., Turiano, N., Ross, J., & Oslin, D. (2008a). Effectiveness of Telephone-Based Referral Care Management, a Brief Intervention to Improve Psychiatric Treatment Engagement. *Psychiatric Services*, 59(7), 776–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.7.776>
- Zanjani, F., Miller, B., Turiano, N., Ross, J., & Oslin, D. (2008b). Effectiveness of Telephone-Based Referral Care Management, a Brief Intervention to Improve Psychiatric Treatment Engagement. *Psychiatric Services*, 59(7), 776–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.7.776>

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Faktorgruppen mit Relevanz für die Adhärenz laut WHO (Sabaté & WHO, 2003, Schultz, 2016, S.15)	14
Tabelle 2: Suchbegriffe	22
Tabelle 3 Suchstrategie	23
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien	23
Tabelle 5: Ampelschema der Studien	27
Tabelle 6: Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien	28

9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Terminologie für den Verlauf und die Behandlungsphasen bei rezidivierenden affektiven Störungen (Lieb u.a., 2012, S.166).....	12
Abbildung 2 Personenzentrierte Pflege: das Framework von McCormack und McCance (2006, S. 476)	20
Abbildung 4: Psychische Erkrankungen in Hausarztpraxen (Lieb u.a., 2012, S.6)	62
Abbildung 5: Integratives psychosoziales Modell zur Ätiopathogenese depressiven Störungen (Lieb u.a., 2012, S. 163)	62
Abbildung 6: Operationalisierte Diagnostik der depressiven Störung nach der ICD-10 (Lieb u.a., 2012, S. 157)	63
Abbildung 7: Zeitverlauf der Markteinführung von Antidepressiva-Klassen (Lieb u.a., 2012, S.44).....	64
Abbildung 8: Phasen der Medikamenten-Adhärenz (Vrijens u.a., 2012; Berben & De Geest, 2012, S.33)	65
Abbildung 9 : Übersicht von fünf verschiedenen Methoden zur Erfassung der Adhärenz (Lam & Fresco, 2015, S. 8).....	66
Abbildung 10: Übersicht von Fragebögen zur Selbsterfassung der Adhärenz (Lam & Fresco, 2015, S.9)	66
Abbildung 11: Klassische Evidenzhierarchie (Mayer & Nagel-Cupal, 2011, S. 368)	67

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

IG	Interventionsgruppe
MI	Motivational Interviewing
PCPs	Primary Care Providers
RCT	Randomized controlled trial
TBR-CM	Telephone-Based Referral Care Management
TN	Teilnehmende
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation

11 ANHANG A

11.1 Prävalenz psychische Erkrankungen

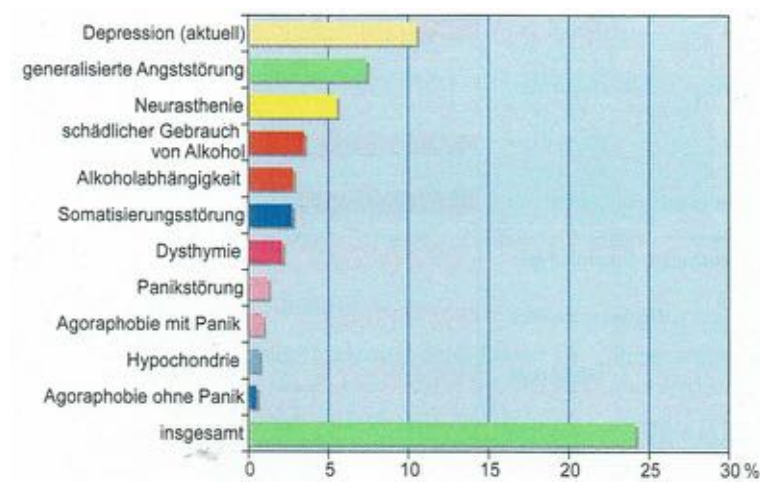


Abbildung 4: Psychische Erkrankungen in Hausarztpraxen (Lieb u.a., 2012, S.6)

11.2 PICO-Schema

P (Patientengruppe) = Patienten mit einer Depression im Erwachsenenalter

I (Intervention) = Pflegeinterventionen

C (Vergleich) = keine

O (Outcome) = Medikamenten- und Therapie-Adhärenz

11.3 Ätiologie, Symptome und Diagnostik der Depression

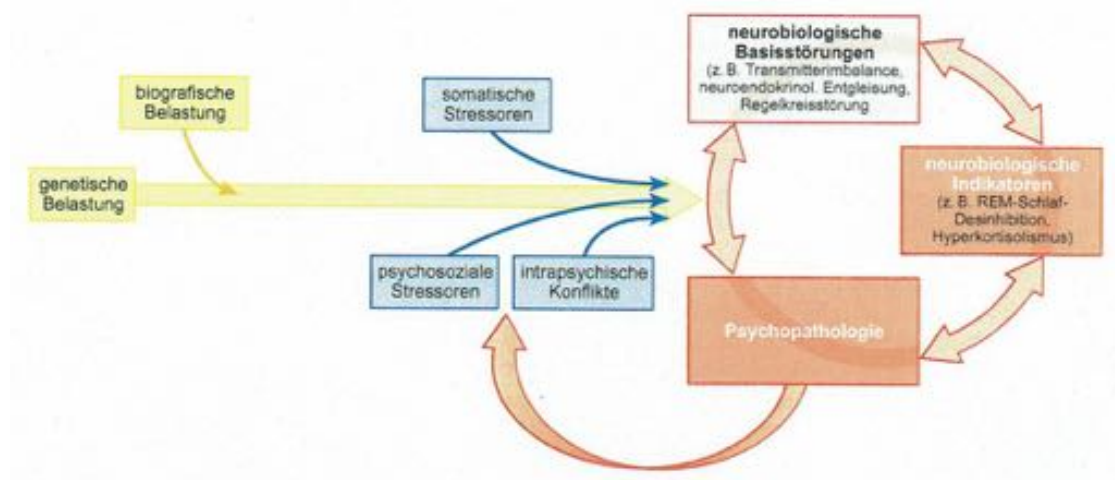


Abbildung 5: Integratives psychosoziales Modell zur Ätiopathogenese depressiven Störungen (Lieb u.a., 2012, S. 163)

11.4 Häufigkeit der Symptome bei Depressionen

Tabelle 7: Häufigkeit typischer Symptome bei Depressionen (Lieb u.a., 2012, S. 152)

Symptom	%
Insomnie	100
Traurige Verstimmung	100
Weinerlichkeit	94
Schlechte Konzentration	91
Suizidgedanken	82
Müdigkeit	76
Reizbarkeit	76
Psychomotorische Verlangsamung	76
Appetitmangel	66
Tagesschwankungen	64
Hoffnungslosigkeit	51
Gedächtnisstörungen	35
Wahnideen	33
Suizidversuche	15
Akustische Halluzinationen	6

11.5 Operationalisierte Diagnostik der depressiven Störung

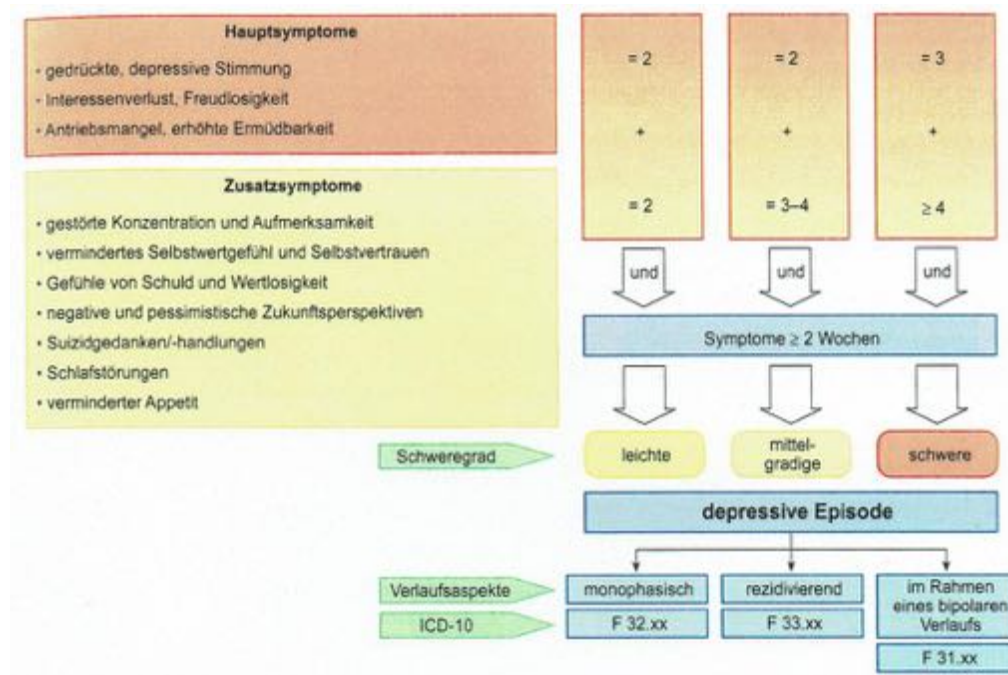


Abbildung 6: Operationalisierte Diagnostik der depressiven Störung nach der ICD-10 (Lieb u.a., 2012, S. 157)

11.6 Klinische Skalen zur Erfassung des Grads der Depression

Beispiele zur Selbstbeurteilung sind :

- Der Gesundheitsfragebogen für den Patienten, Patient Health Questionnaire-Depression (PHQ-D)
- Das Beck-Depressionsinventar (BDI-II)
- Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
- Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD)

Beispiele zur Fremdbeurteilung sind :

- Hamilton-Depression-Rating-Skala (HDRS)
- Bech-Rafaelsen-Melancholie-Skala (BRMS)
- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

(DGPPN u. a., 2015).

11.7 Antidepressiva-Klassen

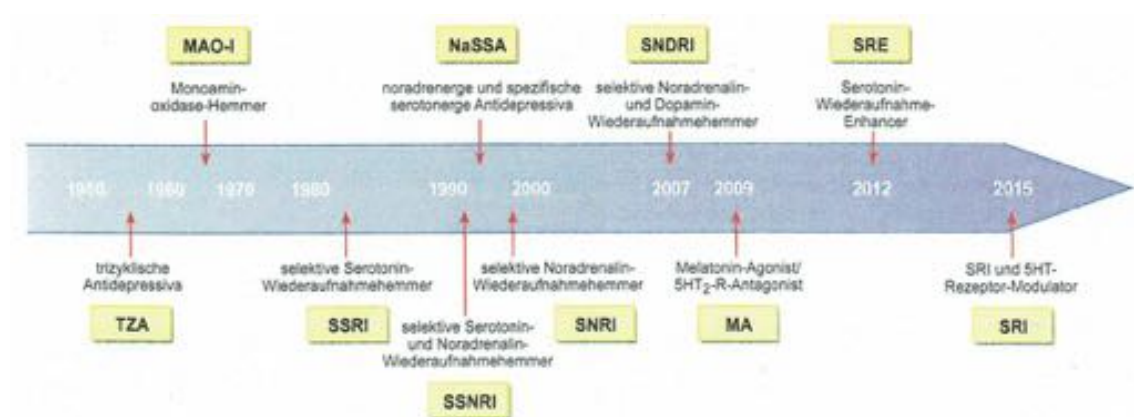


Abbildung 7: Zeitverlauf der Markteinführung von Antidepressiva-Klassen (Lieb u.a., 2012, S.44)

11.8 Belegte psychotherapeutische Verfahren

Die Verhaltenstherapie interessiert sich für erlernte Verhaltensmuster, Einstellungen und emotionale Reaktionsweisen. In der Depression treten negative Denkmuster und typische Verhaltensmuster auf (Keck, 2010). In der Verhaltenstherapie werden die erlernten Verhaltensweisen und verzerrten Denkmuster verändert mittels Förderung angenehmer Tätigkeiten, Ermutigung der Wiederaufnahme von vernachlässigten

Aktivitäten, Tagesstruktur, Verbesserung der sozialen und problemlösenden Kompetenzen und mit dem Erlernen von Selbstkontrollverfahren. Das Ziel ist es, positive Emotionen und neue Erfahrungen zu verstärken (Lieb u. a., 2012).

Die kognitive Verhaltenstherapie ist eine Zusammensetzung aus der kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie. Sie setzt bei den negativen, selbstabwertenden Wahrnehmungs- und Denkschemata an. Die verzerrten Wahrnehmungen werden erfasst und alternative Kognitionen und Verhaltensmuster werden erarbeitet (Lieb u. a., 2012).

Die interpersonelle Psychologie basiert auf der Ansicht, dass frühere zwischenmenschliche und psychische Erfahrungen primär zur Entstehung einer Depression beitragen. So können belastende Life-Events wie z.B. der Verlust enger Beziehungen oder ein bedeutender Rollenwechsel zum Auftreten einer Depression führen (Lieb u. a., 2012; Keck, 2010). Diese Therapie unterstützt die Verbesserung von zwischenmenschlichen Beziehungen, die Verarbeitung von Verlusterlebnissen oder die Bewältigung von Übergängen (Keck, 2010).

11.9 Phasen der Adhärenz

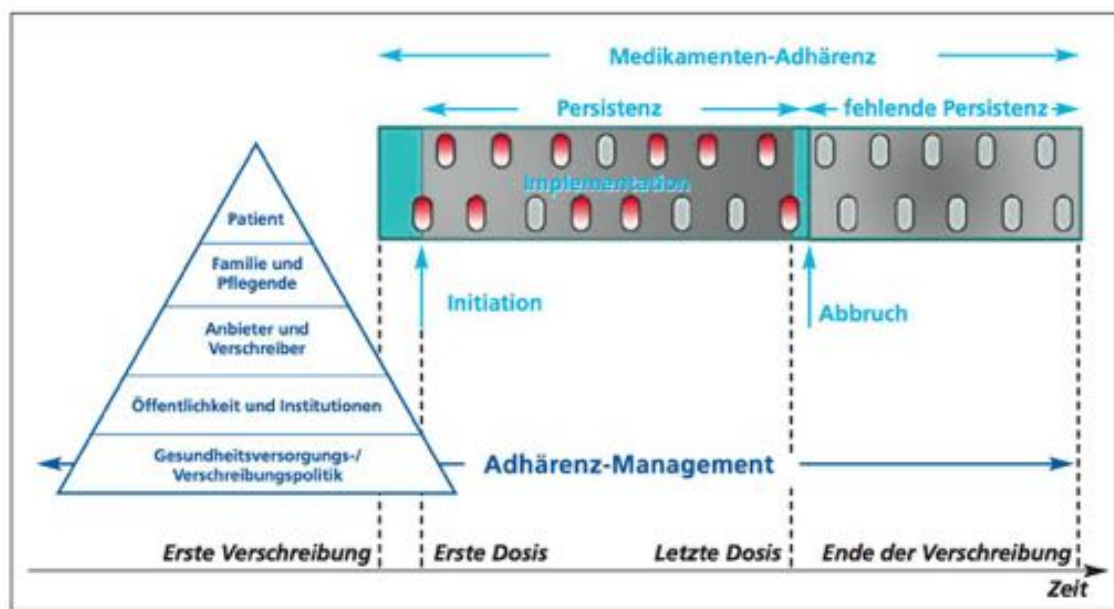


Abbildung 8: Phasen der Medikamenten-Adhärenz (Vrijens u.a., 2012; Berben & De Geest, 2012, S.33)

11.10 Adhärenz-Erfassung

Measures	Target population(s)	For primary/secondary nonadherence	Advantages	Disadvantages
Direct measures	Patients under single-dose therapy and intermittent administration and who are hospitalized	Both primary and secondary nonadherence	Most accurate Can provide physical evidence	Generate a Yes/No result only Intrusive Varied drug metabolism Nonquantifiable biomarkers/drug metabolites Drug-drug interactions and drug-food interactions Expensive Require qualified staff and techniques to perform Bias occurs if patients know the schedule of the tests (white coat adherence)
Measures involving secondary database analysis	Countries that allow refilling prescription; with centralized computerized system with a consistency among prescribers and dispensers; more common for research with a large population	Primary nonadherence	Able to assess multidrug adherence Can identify patients at risk for treatment failure Provide medication-refilling pattern Complete dataset used are generally verified by a third party for insurance claim purpose	Assumptions are made (the medication-taking behavior corresponds to prescription refilling and the medications are taken according to prescription) Fail to identify partial adherence Fail to identify barriers for the detected nonadherence Missing out prescriptions, if obtained outside the system Incomplete records, if drug discontinuation is verbally advised by prescriber
Measures involving Electronic Medication Packaging (EMP) devices	Studies with small population As reference standard to validate other measures	Secondary nonadherence	Highly accurate Identify medication-taking pattern Identify partial adherence	Expensive Technical supports required Overestimation if patients accidentally or purposefully actuate the container Inconvenience due to bulky container Pressure to patients
Pill count	Routine clinical practice	Primary nonadherence	Low cost Simple Can be used in various formulations Highly accurate	Not for nondiscrete dosages or prn medications Underestimation due to early refill Arbitrary cutoff value Unable to identify medication-taking pattern
Measures involving clinician assessments and self-report	Routine clinical practice Less suitable for research	It depends on the type of assessments and questionnaires used	Low cost Easy to administer Real-time feedback Available Flexible to accommodate different conditions Identify belief and barriers to adherence Well-validated	Least reliable Relatively poor sensitivity and specificity Affected by communication skills of interviewers and questions in the questionnaire Patient's desirability can bias

Abbildung 9 : Übersicht von fünf verschiedenen Methoden zur Erfassung der Adhärenz (Lam & Fresco, 2015, S. 8)

Questionnaire and scales	Function(s)	Target population(s)	Advantages	Disadvantage(s)
Brief Medication Questionnaire	Patient's medication-taking behavior Barriers to adherence	Diabetes Depression	Self-administration Evaluate multidrug regimes Reduce practitioner's training	Time-consuming
Hill-Bone Compliance Scale (Hill-Bone)	Patient's medication-taking behavior Barriers to adherence	Hypertension specific, black patients	High internal consistency in both primary and outpatient setting	Limited generalizability
8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8)	Patient's medication-taking behavior Barriers to adherence	All validated conditions	Higher validity and reliability in patients with chronic diseases than MAQ	
Medication Adherence Questionnaire (MAQ)	Barriers to adherence	All validated conditions	Quickest to administer Validated in the broadest range of diseases Validated in patients with low literacy	Comparatively short, mainly suitable for initial screening
The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMUS)	Barriers to adherence	All validated chronic conditions	High internal consistency in patients with high or low literacy	Time-consuming
Medication Adherence Report Scale (MARS)	Barriers to medication adherence Beliefs to medication adherence	Chronic mental illness, especially with schizophrenia	Simplistic scoring Strong positive correlations compared to DAI and MAQ	Limited generalizability

Abbildung 10: Übersicht von Fragebögen zur Selbsterfassung der Adhärenz (Lam & Fresco, 2015, S.9)

11.11 Evidenzhierarchie

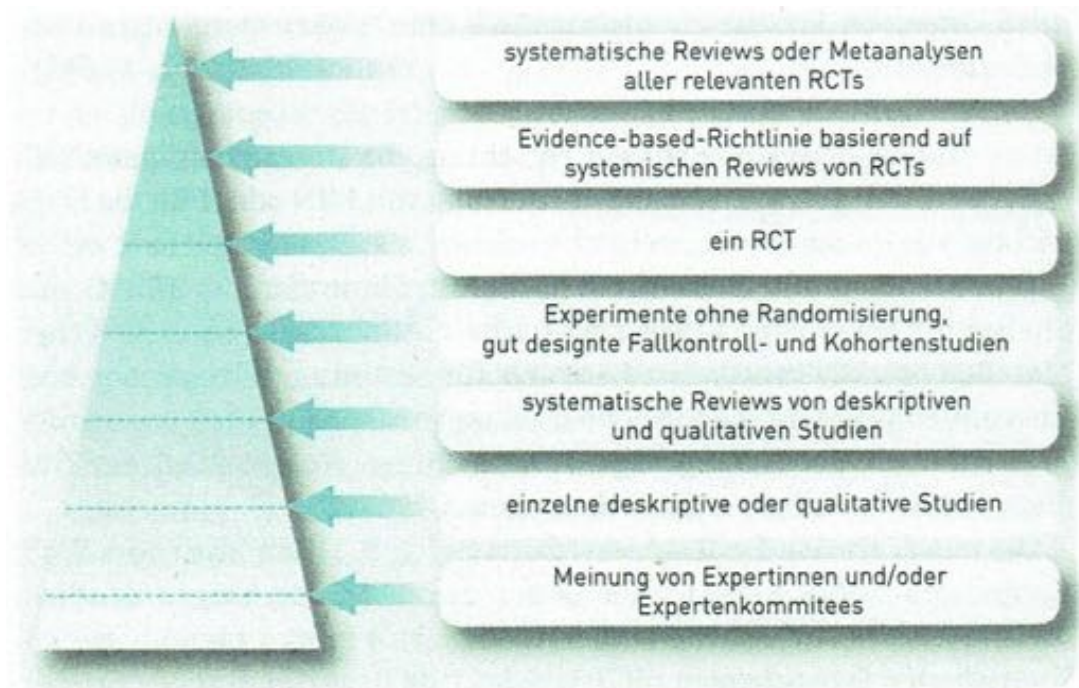



Abbildung 11: Klassische Evidenzhierarchie (Mayer & Nagel-Cupal, 2011, S. 368)

11.12 Selbständigkeitserklärung

“Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht.“

Ort, Datum und Unterschrift

Fribourg, 12.07.2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Parlene Parli'.

Ort, Datum und Unterschrift

Fribourg, 12.07.2017

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Morelli'.

11.13 Tabellarische Übersichten

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken/ Schwächen Evidenzlevel
<p>Keeley R. D., Burke B. L., Brody D., Dimidjian S., Engel M., Emsermann C., deGruy F., Thomas M., Morales E., Koester S., Kaplan, J.</p> <p>2014, USA</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, festzustellen, ob eine vielseitige Ausbildung für die motivierende Gesprächsführung (MI) folgende Punkte verbessern kann: (1) die MI-Leistung der medizinischen Primärversorger (primary care providers; PCP) während der Patientengespräche (2) das Patienten Change Talk (= Patientenäußerungen betreffend ihrem Interesse den eigenen Zustand zu verbessern) (3) die kurz-zeitige Therapie-Adhärenz</p> <p>Design: Das Design ist ein Cluster Randomized Trial</p>	<p>Sample: 175 Patienten mit einer neu diagnostizierten Depression (88 in der Interventionsgruppe und 87 in der Kontrollgruppe) wurden aufgenommen. 4 Tonbänder wurden nicht aktiviert, deshalb blieben 171 Aufnahmen zur Analyse.</p> <p>21 PCP's. 11 PCP's wurden der Kontrollgruppe und 10 der Interventionsgruppe zugeteilt.</p> <p>5 PCP sind Ärzte in Innerer Medizin, 5 PCP sind Hausärzte und 4 PCP sind APN Pflegefachpersonen</p> <p>Setting: 7 somatische Kliniken in Denver, Colorado → Ambulante Patientenbetreuung</p>	<p>Instrumente: Change-Talk → MI Skills Code 2.1, dass heißt, die Rate von Change Talk Aussagen pro 10 Minuten</p> <p>Treatment Adherence → 1) Einlösung der Antidepressiva-Verordnung in der Apotheke 2) Anzahl an Tagen in der Woche nach dem Termin, an welchen der Patient eine körperliche Aktivität von 30 Minuten durchgeführt hat</p> <p>Intervention Training von PCPs für das Motivational Interviewing (MI).</p> <p>Die PCPs der Interventionsgruppe hatte acht Stunden MI-Training, dabei lernten sie die MI-Techniken sowie das „MI-Spirit“. Zwei Auffrischkurse von jeweils zwei Stunden wurden nach dem MI-Training angeboten. Zusätzlich erhielten die PCPs zwei bis vier Feedbacks in den ersten 14 Monaten zu den aufgenommenen Patientengesprächen.</p> <p>Die Interventionsgruppe hatte durchschnittlich ein 25.2 minutiges Gespräch mit einem geschulten PCPs. Die Kontrollgruppe hatte ein Gespräch mit einem nicht geschulten PCP.</p>	<p>Change Talk und Adhärenz zur körperlichen Aktivität Die Interventionspatienten drückten im Gespräch mit einem MI-geschulten PCP drei Mal häufiger Change Talk bezüglich körperlicher Aktivität aus (Aussagen pro 10 Minuten Gespräch: 0.30; 95% KI, 0.19–0.41 vs 0.10; –0.01–0.21; d=0.39; p=.01). Die Interventionsgruppe berichtete über signifikant mehr körperlicher Aktivität in der Woche nach dem Gespräch im Vergleich zur Kontrollgruppe (≥ 30 Minuten Sport an: durchschnittlich 3,05 Tage, 2.42–3.67 vs 1.18–2.51 Tage; 95% KI; d=0.40; p=.007).</p> <p>Change Talk und Adhärenz zu den Antidepressiva Diese RCT konnte keinen signifikanten Unterschied des Change Talks über die Antidepressiva bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe feststellen (Aussagen pro 10 Minuten Gespräch: 0.25; 95% KI, 0.15–0.35 vs 0.15; 0.05–0.25; d=0.21; p=.17). Das Change Talk bezüglich Antidepressiva sowie war in beiden Gruppen gleich (p >.05 für beide). Weiterhin waren Interventionspatienten signifikant nicht eher bereit, die erste Verordnung für Antidepressiva in der Apotheke einzulösen (AOR, 1.27; 95% CI, 0.48–3.43, p=.63).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte kontrollierte Studie • Grösse der Stichproben • Patienten waren verblindet • Signifikante Resultate bezüglich Kurzzeit-Adhärenz hinsichtlich körperlicher Aktivität • Signifikante Resultate in Bezug auf Change-Talk • Die Ergebnisse sind auf unsere Population übertragbar <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nur Kurzzeit-Adhärenz wurde gemessen, keine Langzeit-Messung • Keine signifikante Resultate zu den neu Verordnungen von Antidepressiva • Nur Methode wurde für die Erfassung einer Therapie verwendet. • Kosten des MI-Training <p>Evidenzlevel: Level 1b RCT (nach Behrens und Langer)</p>

Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung:

Das MI-Training hat einen positiven Effekt auf die MI-Leistung der medizinischen Primärversorger (engl. „primary care providers“). Ebenso verwenden depressive Patienten mehr Change-Talk und zeigen eine bessere kurz-Zeit Adherence zur körperlichen Aktivität.

Autoren, Jg., Land (nach APA, Styl)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Raue, P., Schulberg, H., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. 2009, USA	<p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, festzustellen, wie sich die Berücksichtigung der Patientenpräferenz für eine Behandlung (Antidepressiva Therapie oder Psychotherapie) auf die Behandlungsinittierung, die Adhärenz und die Kurzzeit-Outcomes auswirkt. In dieser Studie wurde sowohl die Stärke der Bevorzugung (<i>preference strength</i>) für eine Behandlung als auch die Übereinstimmung mit der zugeteilten Therapie (Kongruent oder Inkongruent) untersucht.</p> <p>Design: Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Sample: 60 Patienten mit einer Major Depression, älter als 20 Jahre, ohne derzeitige Antidepressiva oder Psychotherapie</p> <p>31 wurden zur Kontrollgruppe und 29 zur Interventionsgruppe randomisiert.</p> <p>Setting: Cornell Internal Medical Associates (CIMA), eine akademische ambulante Gruppenpraxis in Manhattan</p>	<p>Instrument: - Die Messung der Adhärenz zur Psychotherapie erfolgte durch die Patientendokumentation des Care-Managers (Anzahl besuchter Sitzungen) - Die Adhärenz zur Medikation wurde anhand der retrospektiven Patientenberichte erfasst. Dabei wurden die Teilnehmer in der 4., 8. und 12. Woche gefragt, ob sie täglich ihr Antidepressivum einnehmen. - Die Behandlungsinittierung wurde definiert als die Einnahme von mindestens einer Dosis des Medikamentes oder der Anwesenheit bei mindestens einer psychotherapeutischen Sitzung.</p> <p>Interventionen Berücksichtigung der Präferenz der Patienten zu einer Therapie in der Behandlung ihrer Depression. Die unterschiedlichen Präferenzen der Patienten zur einer Behandlung der Depression sowie die Präferenzstärke zur Bevorzugten Behandlung wurden anfangs der Studie ermittelt. In dieser Studie wurden nur Pharmakotherapie oder Psychotherapie angeboten. Die Interventionsgruppe erhielt die bevorzugte Behandlung (Kongruent) im Gegensatz zur Kontrollgruppe, welche die nicht-bevorzugte Behandlung erhielt (Inkongruent). In jeder Gruppe hatte die Hälfte der Teilnehmer Pharmakotherapie und die andere Psychotherapie. Die Patienten, die zur Antidepressiva Behandlung zugeteilt wurden, bekamen täglich 10mg Escitalopram (SSRI) über einen Zeitraum von 20 Wochen. Der Care Manager traf die Teilnehmer in der ersten, vierten, achten, 12. und 24. Woche, um die Adhärenz zu erfassen. Der Care Manager überwachte die Nebenwirkungen, erfasste die klinischen Veränderungen und machte Empfehlungen für eine Dosisanpassung. Der Arzt machte die Verordnungen und passte die Medikation an. Er stützte sich auf das Assessment und auf die Evaluation des Care Managers. Die Patienten, die zur psychotherapeutischen Behandlung zugeteilt wurden hatten während 12 Wochen interpersonelle Psychotherapie sowie zwei Telefon-Sitzungen in der 16. und 20. Woche.</p>	<p>Behandlungsinittierung: Alle TN der Interventionsgruppe (kongruent) und 74 Prozent der TN der Kontrollgruppe (inkongruent) haben die Behandlung initiiert (Fishers's Exact Test = .005). Die acht TN der Kontrollgruppe, die nicht mit der Behandlung anfangen, waren der Antidepressiva Therapie zugeteilt. Anhand der Vorhersagentestung (Regression) konnte eine Assoziation zwischen der Behandlungsinittierung und der Stärke der Präferenz ($OR=5.3$, 95% KI = 4.3, 6.3, $df=1$, $p=0.001$) sowie den optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlung festgestellt werden ($OR=2.5$, 95% KI = 1.9, 3.1, $df=1$, $p=.002$).</p> <p>12-Wöchigen Adhärenz: Die Forscher fanden heraus, dass die Stärke der Präferenz zur zugeteilten Behandlung mit einer signifikant höheren 12-wöchigen Adhärenz-Rate assoziiert ist ($Beta=13.40$, $p=.002$). Hingegen konnte die reine Kongruenz zur Behandlung nicht mit einer verbesserten Adhärenz assoziiert werden. Allgemein wiesen die TN eine stärkere Präferenz für die Psychotherapie als für die Antidepressiva Therapie auf ($p<.001$). Dennoch wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich der Adhärenz-Rate zwischen den Probanden mit Psychotherapie ($M=0.68$, $SD=31.9$) und den Probanden mit der Antidepressiva Therapie gemessen ($M=0.52$, $SD=42.9$; p-Wert nicht vorhanden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte kontrollierte Studie • Nach der Poweranalyse war die Grösse der Stichprobe ausreichend • Verbindung der Patienten • Die Ergebnisse sind im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet. • Die Stärke der Bevorzugung war mit einer erhöhten Adhärenz verbunden (Antidepressiva und Psychotherapie) <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie hat ein paar Schwächen bezüglich Adhärenz, weil diese umfassender erfasst werden könnte und nur während 12 Wochen gemessen wurde. • Es braucht noch weitere Studien, um das Kosten-Nutzen-Verhältnis zu bestimmen. <p>Evidenzlevel: Level 1b RCT (nach Behrens und Langer 2011)</p>

Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung:

Die Resultate zeigen, dass sich die Präferenzstärke, mehr als die Präferenz an sich, positiv auf die Behandlungsinitiierung und Adhärenz auswirkt. Wenn die Behandlungsbevorzugung des Patienten stark ist, das heißt, wenn er unbedingt eine bestimmte Behandlung wünscht, sollte diese Therapievariante angeboten werden. Falls aber unklar ist, welche Therapievariante bevorzugt wird, oder die Bevorzugung für beide Therapievarianten gleich stark ist, ist es sinnvoll, eher die zugänglichste Behandlung zu wählen.

Idealerweise sollte die Einschätzung von Behandlungsbevorzugungen im Prozess der gemeinsamen Behandlungsvereinbarung und in der Patientenedukation integriert werden. Medizinische Entscheidungen könnten mit Decision-Making potenziell verbessert werden. Dementsprechend wären zukünftige Forschungen über Decision-Making empfohlen, vor allem, weil Decision-Making bei psychischen Störungen anwendbar ist.

Autoren, Jg., Land (nach APA, Styl)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken/ Schwächen
Eker, F., & Harkin, S. 2012, Türkei	<p>Ziel: In dieser Studie werden die Effekte eines sechs wöchigen Psychoedukationsprogramms auf die Adhärenz bei der medikamentösen Behandlung bei ambulanten Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung untersucht.</p> <p>Design: Semi-experimentelles Design mit randomisierten kontrollierten Gruppen.</p>	<p>Sample: 71 Teilnehmer, davon wurden 36 per Randomisierung in die Interventionsgruppe und 35 in die Kontrollgruppe eingeteilt. Alle Patienten haben eine bipolare Störung, diagnostiziert anhand der DSM-IV Kriterien. Die Teilnehmer sind aktuell in der Remissionsphase und verfolgen eine ambulante Therapie.</p> <p>Setting: Zonguldak Karaelmas University Hospital Mood Disorders Outpatient Clinic in der Türkei.</p>	<p>Instrument: Sub-Kategorien in der Messung der Adhärenz: TN wurden als adhärenz bewertet, wenn sie in 4 der 5 Sub-Kategorien als adhärenz eingestuft waren (Cut-Off bei 4/5).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Attitudes towards neuroleptic treatment (ANT) → beinhaltet subjektive Fragen zu den Erwartungen der Patienten und zur allgemeinen Haltung bezüglich Medikamente 2. Medication adherence rating scale (MARS) → misst anhand von Ja-Nein Fragen die Adhärenz zur Medikation bei psychisch erkrankten Patienten. 3. McEvoy treatment observation form → erfasst das Adhärenz Verhalten zur Medikation. 4. Medikamentendosierung selbständig und ohne die Einwilligung des Arztes reduzieren oder erhöhen (= nicht adhärenz) 5. Selber entscheiden, die Therapie abubrechen (= nicht adhärenz) <p>Intervention: Sechswöchiges Psychoedukationsprogramm: Die Interventionsgruppe hatten sechs Sitzungen von jeweils 90-120 min Psychoedukation mit einer interaktiven Lernmethode ausgeführt. Die Kontrollgruppe hatte die übliche 5-10 minütige Aufklärung vom Arzt über die Medikamente.</p> <p>Die interaktive Lernform der Psychoedukation beinhaltet Rollenspiele, Fragen und Antworten, Diskussionen, Präsentationen usw. Die Psychoedukation fing immer mit einer Evaluation der vorherigen Woche an und endete mit Hausaufgaben. Diese Studie wurde von einer Pflegefachperson mit einem Dokortitel in der psychiatrischen mentaler Gesundheit geleitet. Der zweite Autor der Studie führte die Intervention durch. Der zweite Autor hatte sieben Jahren klinische Erfahrung in der Pflege von Patienten mit affektiven Störungen.</p>	<p>Diese Studie zeigt, dass dieses sechswöchige-Psychoedukationsprogramm die Adhärenz zur medikamentösen Behandlung verbessern kann.</p> <p>Beim Pre-Test ist der Unterschied zwischen der Adhärenz der Interventions- und Kontrollgruppe nicht signifikant ($p > .05$). 14 Teilnehmer (40,0%) der Interventionsgruppe und 14 Teilnehmer (38,9%) der Kontrollgruppe waren adhärenz.</p> <p>Beim Post-Test ist der Unterschied zwischen der Adhärenz der Interventions- und Kontrollgruppe signifikant ($p < .01$). 26 Teilnehmer (86,7%) der Interventionsgruppe und 8 Teilnehmer (24,2%) der Kontrollgruppe waren adhärenz.</p> <p>Beim Post-Test of LOCF (last-observation-carried-forward) ist der Unterschied zwischen der Adhärenz der Interventions- und Kontrollgruppe signifikant ($p < .01$). Beim Post-Test of LOCF waren 28 Teilnehmer (80,0%) der Interventionsgruppe und 11 Teilnehmer (30,6%) der Kontrollgruppe adhärenz.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Randomisierte kontrollierte Studie • Nach der Poweranalyse war die Größe der Stichprobe ausreichend • Die Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet • Die Ergebnisse sind signifikant in Bezug zur Therapie-Adhärenz • Die Resultate werden umfassend diskutiert • Die Adhärenz wurde mit verschiedenen Instrumenten erfasst. <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist nicht angegeben wie viele Patienten depressiv oder manisch sind • Die Adhärenz wurde nur subjektiv erfasst und nicht objektiv. • Die Adhärenz wurde nach 6 Wochen gemessen, es bräuchte noch weitere Messungen, um eine Langzeit-Adhärenz zu erfassen. • Das Kosten-Nutzen-Verhältnis wurde nicht diskutiert. <p>Evidenzlevel: Level 3b (nach Behrens und Langer)</p>

Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung:

Ein Psychoedukationsprogramm, das die Krankheit, die Symptome, die Ursachen, den Verlauf der Krankheit, die Therapie sowie die Coping-Strategien thematisiert, kann die Adhärenz zur Therapie fördern. Mit einer verbesserten Adhärenz kann Rehospitalisationen vorgebeugt werden und die Lebensqualität kann verbessert werden. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen in psychiatrischen Kliniken die Patienten zum Besuch von Psychoedukationskursen motivieren. Psychoedukationsprogramme für Patienten und Familien sollten in ambulanten und stationären Kliniken in die Routine Praxis eingeführt werden.

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen
<p>Aragonès E., Piñol J.L., Caballero A., López-Cortacans G., Casaus P., Herandez J.M., Badia W., Folch S.,</p> <p>2012, Spanien</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, die Effektivität eines Mehrkomponenten-Programms mit einem Standardmanagement im spanischen Gesundheitssystem zu vergleichen.</p> <p>Das mehr-komponenten Programm erzielt die Bewältigung der Depression anhand von Primary Care.</p> <p>Design: Cluster randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Sample: 338 erwachsene Patienten mit einer major depressiven Episode (DSM-IV).</p> <p>Setting: 20 Primary Care Centers welche Teil des öffentlichen Gesundheitssystems der spanischen Tarragona-Provinz (Katalonien) sind.</p> <p>→ TN waren ambulant begleitet</p>	<p>Instrumente: 4 Erfassungsinstrumente für die Hauptergebnisse aber keine genauen Angaben über die Erfassung der Adhärenz, denn diese war ein Nebenoutcome. Die Anzahl der besuchten Termine wurde objektiv gemessen.</p> <p>Intervention Die Intervention besteht aus einem Mehrkomponenten-Programm, welches auf dem <i>chronic care model</i> (Bodenheimer et al., 2002) beruht und für die Primärversorgung des spanischen öffentlichen Gesundheitssystems adaptiert wurde (siehe in Detail auf <i>Table 1</i>). Das Programm erzielt eine effizientere Organisation innerhalb des Primary Care Teams und eine Verbesserung der Fähigkeiten des Fachpersonals. Eine Pflegefachperson hat die Rolle des Care Managers.</p> <p>Das Programm beinhaltet unter anderem Psychoedukation für Patienten und Angehörige sowie eine strukturierte Intervention zur Optimierung der Therapie-Adhärenz zur Therapie. Dabei haben geschulten Pflegefachpersonen jeweils die Therapieinitiation und Therapieverfolgung erfasst, Schwierigkeiten oder Hindernisse betreffend die Adhärenz identifiziert und die Patienten in der Problemlösung unterstützt.</p> <p>Pflegefachpersonen hatten unterschiedliche Schulungen je nach Spezialisierung.</p>	<p>Die Antidepressiva-Adhärenz war nach 3, 6 und 12 Monaten höher in der Interventionsgruppe (OR = 1.29; 1.85; 1.29). Dieser Unterschied war nur bei der 6-monatigen Erfassung statistisch signifikant (78.0% vs. 65.7% adhärenz TN; OR = 1.85; KI 95%; p = .017). Bei der 3- und 6-monatigen Erfassung war der Gruppenunterschied statistisch nicht signifikant (p > .05).</p> <p>Es gab keinen signifikanten Gruppenunterschied betreffend die Anzahl an wahrgenommenen Terminen mit den Ärzten, Psychiatern oder Psychologen innerhalb von 12 Monaten (Mittelwert: IG = 8.2 vs. KG = 8.2, p = .853). Jedoch zeigte die Studie einen hoch signifikanten Gruppenunterschied in Bezug zur Adhärenz zu den Pflegeterminen (p < .001). Die Interventionspatienten besuchten deutlich häufiger die Pflegefachperson im Vergleich zu den Kontrollpatienten (5 Besuche (SD = 4.9) vs. 1.9 Besuche (SD=3.7); RR = 2.68; p < .001).</p> <p>Die Patientenzufriedenheit war in beiden Gruppen sehr hoch (92-97% der TN waren zufrieden bis sehr zufrieden).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Design (RCT) - Stichprobe besteht aus 338 Patienten - Die Intervention stützt sich auf ein ganzheitliches Programm, welches die Rolle der Pflege als Case Manager verstärkt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert. - Gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unklar, wie die Therapie- und Antidepressiva-Adhärenz gemessen wurde - Nach der Poweranalyse ist die Größe der Stichprobe nicht ausreichend - Patientenrekrutierung durch Hausärzte (mögliche Selektionsverzerrung) <p>Evidenzlevel: Level 1b RCT (nach Behrens und Langer)</p>

Schlussfolgerungen für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung

In der Interventionsgruppe gab es eine größere Tendenz, mit der Antidepressiva-Therapie weiterzufahren. Patienten in der Interventionsgruppe haben mehr Besuche bei der Pflege gemacht. Dies weist darauf hin, dass diese Patienten deshalb intensiver klinisch überwacht, betreut und begleitet wurden.

In diesem Programm nimmt die Pflege die Rolle des Case Managers ein. Sie koordiniert den gesamten Care Management Prozess, um die Kontinuität der Behandlung unter verschiedenen Mitarbeitern und mit der Versorgung körperlicher Komorbiditäten zu gewährleisten. Die Pflegefachperson ist für die klinische Überwachung und die Förderung der Therapie-Adhärenz bei Patienten sowie für die psychoedukative Unterstützung von Patienten und Angehörigen verantwortlich. Das Mehrkomponentenprogramm ist einfach, leicht verfügbar und erfordert, dass das zu Verfügung stehende Behandlungsteam besser organisiert und optimiert wird anstatt auf zusätzliche Ressourcen zurückzugreifen.

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente / Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen
<p>Simon G.E., Ralston J.D., Savarino J., Pabiniak C., Wentzel C., Operskalski B.H.</p> <p>2011, USA</p>	<p>Ziel: Evaluation eines Care-Management-Programms für die Nachbehandlung der Depression. Das Programm basiert auf asynchrone Online-Nachrichtenübermittlung. Es wird untersucht, wie gut das Programm von den Patienten angenommen wird (z.B. anhand der Beteiligungsquote) und ob es die Depressivität verbessern kann (Hauptergebnisse). Weiter wurde die Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie die Antidepressiva-Adhärenz und die Inanspruchnahme von weiteren Gesundheitsleistungen untersucht (sekundäre Ergebnisse)</p> <p>Design: Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Sample: 208 erwachsene Patienten, welche eine Antidepressiva-therapie für die Behandlung der Depression beginnen. Etwa 70% davon sind Frauen. 80-85% haben bereits Erfahrung mit Online-Messaging.</p> <p>Setting: Neun Kliniken für integrierte Primärversorgung (Group Health Cooperative) in Washington State. → Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychiatrischer Versorgung → <u>ambulante</u> Nachbehandlung</p>	<p>Instrumente: Antidepressiva-Adhärenz und Nutzungsrate von Gesundheitsdienstleistungen wurden auf 6 Monaten durch informatisierte Patientenakten erfasst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einlösung von Antidepressiva-Verordnungen, • Externe Termine • Telefonkontakte • Weitere Online-Kontakte <p>Intervention Drei strukturierte Online-Kontakte mit einer erfahrenen, geschulten Pflegefachperson aus der Psychiatrie im Rahmen des Care-Managements. Jeder Kontakt umfasste ein Assessment (Schwere der Depression, Medikamenten-Adhärenz, Nebenwirkungen) und eine Algorithmus-gestützte Rückmeldung an den Patienten und an den behandelnden Arzt. Bei Bedarf bot die Pflege Unterstützung für die Nachsorge an. Die gesamte Kommunikation erfolgte durch sichere asynchrone Nachrichten in elektronischen Fallakten. Die Kontrollgruppe hatte die Standardversorgung, inklusiv nicht-strukturierte online-Kontakte mit ihrem Behandler.</p>	<p>Die Beteiligungsquote war rund 48% (208 von 430 Teilnehmer).</p> <p>Die Antidepressiva-Adhärenz war bei der Interventionsgruppe signifikant höher ($p = 0.001$). Nach 90 Tage hatten 81% aller Teilnehmer der Interventionsgruppe im Vergleich zu 61% der Kontrollgruppe ihre Medikation regelmässig eingenommen.</p> <p>Der Effekt bezüglich Nutzungsrate von weiteren Gesundheitsdienstleistungen war kleiner. Die Interventionsgruppe hat häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen, aber die Unterschiede sind nicht statistisch relevant (p-Werte > 0.5).</p> <p>Die Patientenzufriedenheit war höher in der Interventionsgruppe. 53% der Interventionspatienten im Vergleich zu 33% der Kontrollpatienten waren mit der Behandlung zufrieden ($p = 0.004$).</p> <p>Für die drei Online-Kontakte haben Pflegenden etwa 1 Stunde pro Patient investiert (im Durchschnitt 24 Minuten pro Online-Kontakt)</p>	<p>Stärken: - Design (RCT) - Signifikante Resultate - Die Grösse der Stichprobe ist ausreichend - Gute Verfügbarkeit der Behandlung und gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis</p> <p>Schwächen: - Die Studie beinhaltet einige inkohärente Aussagen - Adhärenz nur objektiv erfasst - Die Mehrheit der Teilnehmer hatte schon mehr als 6 Monate Erfahrung mit Online-Benachrichtigungen und war motiviert, mit diesem Mittel zu kommunizieren. Dies soll bei der Bewertung der Resultate beachtet werden.</p> <p>Evidenzlevel: Level 1b RCT (nach Behrens und Langer, 2011)</p>

Schlussfolgerungen für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung

Dieses online Care-Management- Programm kann die Adhärenz einer initialen Antidepressivatherapie bei depressiven Patienten über einen Zeitraum von 3 Monaten verbessern. Auch kann die Patientenzufriedenheit bezüglich der Behandlung erhöht werden. Da die Interventionsgruppe genauso häufig Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen hat wie die Kontrollgruppe, ist das Programm nicht hilfreich, um das Engagement der Patienten in anderen Therapiebereichen zu stärken. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist ein interessanter Punkt. Obwohl die Studie zu klein und zeitlich zu kurz war, um einen ökonomischen Effekt messen zu können, scheint der pflegerische Zeitaufwand geringer zu sein als z.B. bei telefon-gestützten Interventionen.

Autoren, Jg., Land	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente / Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken/ Schwächen
Zanjani F., Miller B., Turiano N., Ross J., Oslin D. 2008, USA	<p>Ziel: Das Ziel der Studie ist es, die Effektivität des <i>Telephone-Based Referral Care Management</i> (TBR-CM) bei Menschen mit einer Depression und/oder einer Abhängigkeitsproblematik zu untersuchen. Es wird geprüft, ob durch das TBR-CM die Behandlungsinittierung garantiert werden kann. Massgebend sind das Einhalten des vereinbarten psychiatrischen Termins sowie die Gesamtzahl an eingehaltenen Terminen über sechs Monate. Auch wurde untersucht, ob die Effektivität der Intervention je nach Alter oder Diagnose unterschiedlich ausgeprägt ist.</p> <p>Design: Randomisierte kontrollierte Studie</p>	<p>Sample: 113 erwachsene Patienten (hauptsächlich Veteranen). 96% aller Teilnehmer sind männlich und 80% haben eine Major Depression. Zum Zeitpunkt der Studie haben 39% der Teilnehmer eine schwere Depression, 39% haben eine Abhängigkeitsproblematik und 22% haben gleichzeitig eine auftretende schwere Depression und eine Abhängigkeitsproblematik.</p> <p>Setting: Philadelphia Veterans Affairs Medical Center (PVAMC) → ambulante Therapie</p>	<p>Instrumente:</p> <p>Erfassung der Adhärenz: Das Einhalten von psychiatrischen Terminen wurde mittels elektronischer Patientenakten erfasst. Zusätzlich hat der Verhaltensexperte die Anzahl telefonischer Kontakte in einem anderen Erfassungssystem festgehalten.</p> <p>Intervention Die Interventionspatienten hatten die Standardtherapie (Erhaltung eines Briefes und Erinnerung via automatischen Anruf über den Termin) und nahmen zusätzlich am TBR-CM teil. Diese Teilnehmer hatten 1 bis 2 Telefongespräche mit einem Verhaltensexperten von durchschnittlich 15 Minuten. Die Verhaltensexperten waren Pflegefachpersonen, welche Erfahrung mit Brief Motivational Interviewing (BMI) und Krankheitsmanagement über mehreren Jahren hatten. Ein Telefongespräch umfasste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besprechung der Behandlungsziele - Eine ganzheitliche Erfassung der aktuellen Symptome - Besprechung der Verhaltensweisen des TN in Bezug zur Krankheit und Behandlung - Die Erfassung und das Beseitigen von Hindernisse, die sich negativ auf die Adhärenz auswirken - Eine Abmachung, den nächsten vorgesehenen Termin wahrzunehmen <p>Nach jedem Anruf erhielten die Interventionspatienten einen Brief, der als Zusammenfassung diente. Nach dem ersten psychiatrischen Termin erhielten sie einen weiteren Brief mit motivierenden Komponente, um die Adhärenz zu verstärken.</p>	<p>Die Therapie-Adhärenz war signifikant höher in der Interventionsgruppe. Insgesamt haben 40 Teilnehmer (70%) mit TBR-CM im Vergleich zu 18 Teilnehmer (32%) ohne TBR-CM mindestens einen psychiatrischen Termin eingehalten ($p < 0.001$). Die Interventionsgruppe hat durchschnittlich signifikant mehr Termine wahrgenommen (> 3) als die Kontrollgruppe (< 2) ($p = 0.008$).</p> <p>Alle Teilnehmer, die unabhängig der Gruppeneinteilung der Ersttermin wahrgenommen haben, waren eher bereit weitere Termine einzuhalten.</p> <p>Der Behandlungseffekt hat sich je nach Alter und Diagnose nicht verändert. Dies zeigt, dass die Intervention über die vertretene Alters- und Diagnostikgruppe hinweg angewandt werden kann.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Design (RCT) - Starker Behandlungseffekt - Die Intervention ist sehr genau beschrieben - Der Behandlungseffekt ist unabhängig von Diagnose und Alter <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer sind hauptsächlich männliche Veteranen - Nach der Poweranalyse ist die Grösse der Stichprobe knapp - Die Erfassung der Adhärenz wurde nur objektiv gemessen - Zeitaufwändig <p>Evidenzlevel: Level 1b RCT (nach Behrens und Langer, 2011)</p>

Schlussfolgerungen für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung

Diese Studie zeigt, dass durch Telefonkontakte mit zusätzlicher Motivationsarbeit neue Patienten in die psychiatrische Versorgung einbezogen werden können. Die Tatsache, dass die Interventionsgruppe doppelt so viele Termine wahrgenommen hat wie die Kontrollgruppe, weist darauf hin, dass TBR-CM eine wirksame Möglichkeit für die Behandlungsinitiation darstellt. Das TBR-CM erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten nach ihrem Ersttermin weitere psychiatrische Termine über einen Zeitraum von 6 Monaten wahrnehmen werden. Da der Behandlungseffekt von der Diagnose oder der Altersgruppe unabhängig ist, kann diese Intervention verallgemeinert werden.

11.14 Kritische Beurteilungen

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Keeley, R. D., Burke, B. L., Brody, D., Dimidjian, S., Engel, M., Emsermann, C., ... Kaplan, J. (2014). Training to Use Motivational Interviewing Techniques for Depression: A Cluster Randomized Trial. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 27(5), 621- 636. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2014.05.130324>

Forschungsfrage: Welche Auswirkungen hat eine Ausbildung von medizinischen Primärversorgern (engl. „primary care providers“) im Gebrauch von Motivation-Interviewing (MI) bei der Behandlung von depressiven Patienten auf die MI-Leistung der provider, auf den change talk der Patienten bezüglich der Therapie und auf die Kurz-zeit-Therapie-Adhärenz ?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Randomisierung, Zuteilung nach Zufallsprinzip mit der RAND() function</p> <p>Die Stichprobe wurde stratifiziert, weil die Antidepressiva-Adhärenz und die Behandlungsergebnisse der Depression bei Personen, die zu einer unterrepräsentierten Rasse gehören, schlechter sein können. Dies ist eine besondere Variante der Zufallsstichprobe</p> <p>Erfahrene primary care providers (PCPs) wurden zwei Mal per E-mail kontaktiert. Das erste Mal, um sie anzuregen über die Teilnahme nachzudenken, das zweite Mal, um Sie randomisiert in der Interventions- oder Kontrollgruppe einzuteilen.</p> <p>Die Patienten wurden telefonisch kontaktiert und wurden danach ins Spital eingeladen, um das 2-item Patient Health Questionnaire, die schriftliche Einverständnis und den PHQ-9 auszufüllen.</p>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>175 Patienten (88 in der Interventionsgruppe und 87 in der Kontrollgruppe) wurden aufgenommen. 4 Audio Tapes wurden nicht aktiviert, deshalb blieben 171 Aufnahmen zur Analyse. Follow up ≈ 98%</p> <p>21 PCP's wurden rekrutiert und randomisiert. Es wurden 11 der Kontrollgruppe und 10 der Interventionsgruppe zugeteilt. 1 PCP's der Kontrollgruppe hat die Studie verlassen, da er keine Patienten hatte, die in der Studie eingeschlossen waren. Follow up ≈ 95%</p>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersuchenden verblindet?	<p>Die PCPs waren nicht verblindet. Eine Verblindung war nicht möglich aufgrund der Schulung.</p> <p>Die Patienten waren verblindet. Die Studie gibt keine Angaben bezüglich der Verblindung der Untersuchenden.</p>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie	Die Untersuchungsgruppen waren zu Beginn der Studie ähnlich. Es gab keine signifikante Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

ähnlich?	
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt ?	<p>Multivariate linear mixed und mixed effects logistic regression models wurden verwendet, um die Unterschiede in den Patientengruppen festzustellen.</p> <p>Die Begegnungen der Interventionsgruppe waren im Durchschnitt ein wenig länger als die der Kontrollgruppe,. Deshalb wurden anhand des MITI component counts Anpassungen für die klinischen Begegnungen in Sekunden gemacht.</p> <p>Wie erwartet, wurde die Intention-to-Treat-Analyse für die Intervention angepasst. Die Kovariationen wurden nicht angepasst.</p> <p>Modelle wurden zu den 4 Kovariaten, die auch in der Literatur anzutreffen sind, entwickelt. Die Kovariaten, die möglicherweise mit der Intervention oder mit dem Outcome verbunden sind $P > .20$ wurden eingeschlossen.</p> <p>Der Unterschied wurde klar formuliert und auch berücksichtigt. Der Unterschied beträgt wenige Sekunden, deshalb ist dieser Unterschied für die Autorinnen unbedeutend.</p>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<p>Die PCPs wurden bewertet : 53 PCPs wurden eingeladen teilzunehmen. Drei providers waren nicht geeignet, 10 reagierten nicht auf die Einladung, 13 hatten Probleme mit dem Terminplan für die baseline Ausbildung und 6 haben negativ geantwortet (1 lehnte ab, 2 waren wegen des Extraarbeitspensums besorgt und 3 gaben keinen Grund an). Letztendlich wurden 21 PCPs rekrutiert und randomisiert. Ein PCP aus der Kontrollgruppe wurde ausgeschlossen, weil keine Patienten seiner Klinik im Verlauf der Studienperiode rekrutiert wurde.</p> <p>Alle 10 Providers aus der Interventionsgruppe kamen zum baseline MI-training, 6 besuchten beide Re-fresher, 2 nur einen Re-fresher und 2 keinen Re-fresher</p> <p>175 Patienten wurden aufgenommen. Vier Tonbänder wurden aufgrund von Unachtsamkeit nicht aktiviert, deshalb waren 171 Aufnahmen verwertbar.</p>
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja, 175 Patienten und 171 Aufnahmen. —> Signifikante Effekte
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Erste RCT-Studie über dieses Thema über 24 Monate in einem realen klinischen Setting.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Die Rate von allen Change-Talks zur Depressionsbehandlung: ein Mittelwert von 0.90 in der Interventionsgruppe und 0.44 in der Kontrollgruppe

	<p>$d=0.51 \rightarrow$ die Effektstärke ist mittel</p> <p>Die Rate von Change- Talk spezifisch zur physischen Aktivität hatte einen Mittelwert von 0.30 in der Interventionsgruppe und 0.10 in der Kontrollgruppe</p> <p>$d=0.39 \rightarrow$ die Effektstärke ist eher klein</p> <p>Die Rate von Change- Talk spezifisch zur antidepressiven Medikation hatte einen Mittelwert von 0,25 in der Interventionsgruppe und 0.15 in der Kontrollgruppe (0.15–0.35 vs 0.15); $d=0.21 \rightarrow$ die Effektstärke ist sehr klein</p> <p>Die Therapie-Adhärenz bezüglich physischer Aktivität: Mittelwert von 3.05 Tagen physischer Aktivität in der Woche nach dem Gespräch in der Interventionsgruppe und 1.84 in der Kontrollgruppe. \rightarrow grosse Effektstärke</p> <p>$d=0.42 \rightarrow$ die Effektstärke ist zwischen klein und mittel</p> <p>Die Therapie-Adhärenz bezüglich Antidepressiva : Mittelwert von 0.62 Verordnungen in % in der Interventionsgruppe und von 0.56 in der Kontrollgruppe.</p>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Die Rate von allen Change-Talks zur Depression Behandlung $P=.001 \rightarrow$ hoch signifikant</p> <p>Die Rate von Change Talk spezifisch zur physischen Aktivität $P=.01 \rightarrow$ hoch signifikant</p> <p>Die Rate von Change Talk spezifisch zur antidepressiven Medikation $P=.17 \rightarrow$ nicht signifikant</p> <p>Die Therapie-Adhärenz zur physischen Aktivität in der Woche nach dem Gespräch $P=.007 \rightarrow$ hoch signifikant</p> <p>Die Therapie-Adhärenz in Bezug zu den Verordnungen $P=.63 \rightarrow$ nicht signifikant</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<p>Die Rate von allen Change-Talks zur Depression Behandlung, hatten Konfidenzintervalle (95%CI) von (0,21-0,82) \rightarrow die Effektstärke ist mittel</p> <p>Die Rate von Change Talk spezifisch zur physischen Aktivität hatten Konfidenzintervalle (95%CI) von (0,09-0,70) \rightarrow die Effektstärke ist eher klein</p> <p>Die Rate von Change Talk spezifisch zur antidepressiven Medikation hatten Konfidenzintervalle (95%CI) von (-0,09 to 0,51) \rightarrow die Effektstärke ist sehr klein</p> <p>Die Therapie-Adhärenz bezüglich den Tagen physischer Aktivität in der Woche nach dem Gespräch hatten Konfidenzintervalle (95%CI) von (0,11-0,72) \rightarrow die Effektstärke ist zwischen klein und mittel</p> <p>Die Therapie-Adhärenz bezüglich der Verordnungen in % hatten Konfidenzintervalle (95%CI) von (0,48-3,34)</p>
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf	Die Patienten sowie die Umgebung sind ähnlich. Unsere

meine Patienten übertragbar?	Einschluss- und Ausschlusskriterien sind respektiert. Die Ergebnisse sind auf unsere Patienten übertragbar.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Es wurde nur die Kurz-Zeit Adhärenz betrachtet, die Lang-Zeit Adhärenz wurde nicht gemessen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die 16 Stunden MI-Training wurden bezahlt. Es ist möglich, dass deshalb diese Intervention nicht in einem anderen medizinischen Setting übernommen wird, aufgrund der Kosten.
15. Ethik	Es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Das Protokoll wurde von der Colorado Multiple Institutional Review Board genehmigt und wurde in der clinicaltrials.gov registriert.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Raue, P., Schulberg, H., Heo, M., Klimstra, S., & Bruce, M. (2009). Patients' Depression Treatment Preferences and Initiation, Adherence, and Outcome: A Randomized Primary Care Study. *Psychiatric Services*, 60(3). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.3.337>

Forschungsfrage: Ist die Stärke der Behandlungsbevorzugungen für antidepressive Medikamente und für Psychotherapie wichtiger als die reine Übereinstimmung der Bevorzugungen mit der zugeteilten Behandlung? Dies wird mit der Initiation der Behandlung, der Adhärenz und dem Kurz-Zeit Outcome verbunden.

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Randomisierung</p> <p>Ärzte der Cornell Internal Medical Associates (CIMA) wiesen auf Patienten hin, die 21 oder älter waren, die eine Depression haben und die derzeit keine Antidepressiva oder Psychotherapie erhielten. Nachdem die Teilnehmer eine vollständige Beschreibung der Studie bekamen, wurde eine schriftliche informierte Einverständniserklärung eingeholt. Die Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip in die Gruppen zugeteilt. Die Patienten erhielten kostenlos entweder Antidepressiva oder Psychotherapie für die Dauer der Studie.</p> <p>Die Teilnehmer wurden randomisiert zur entweder der kongruenten oder inkongruenten Behandlung je nach Vorwahl.</p>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>Am Anfang der Studie wurden 148 Patienten von den Ärzten empfohlen, davon wurden 63 ausgeschlossen (23 konnten nicht kontaktiert werden, 14 lehnten ab, 5 sprachen kein englisch, 10 waren in Behandlung, 2 waren schwanger, 2 sind umgezogen, 7 konnten nicht zu den Sessionen kommen). 85 Patienten wurden evaluiert, 25 wurden ausgeschlossen (3 psychotisch, 6 manisch, 4 mit Abhängigkeit, 2 mit MMSE<24, 1 hohes Risiko, 8 füllten die MDD Kriterien nicht aus, 1 HRSD<14). 31 wurden randomisiert zur inkongruenten Behandlung und 29 zur kongruenten Behandlung, davon waren am Ende noch 21 mit Adhärenz data und 24 mit HRSD data in der inkongruenten Gruppe (4 lehnten die HRSD ab, 3 konnten nicht mehr kontaktiert werden) und 29 mit Adhärenz Data und 25 Patienten mit HRSD data in der kongruenten Gruppe (2 lehnten HRSD ab und 2 konnten nicht mehr kontaktiert werden)</p> <p>Die Patienten, die die Studie in den 12 Woche abbrachen, hatten eine tiefe Adhärenz Rate in der ganzen Studienperiode.</p> <p>Follow up =83%</p>
3. Waren die Teilnehmer,	Die Patienten sind wahrscheinlich verblindet, da diese

das Personal und die Untersucher verblindet?	nicht wussten, dass die Randomisierung auf ihre festgesetzten a priori Behandlungsbevorzugungen beruhen würden. Die Studie gibt keine Angaben über die Verblindung des Personals oder der Untersuchenden.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Die Untersuchungsgruppen waren zu Beginn der Studie ähnlich. Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich sozio-demographischen oder klinischen Variablen. Die Mittelwerte des HRSD-Scores am Anfang der Studie waren für die Patienten, die in der kongruenten Therapiegruppe 22,7 (sd=5,3) und 24,6 (sd=6,3) in der inkongruenten Therapiegruppe.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Es ist nicht ausdrücklich geschrieben, dass die Untersuchungsgruppen gleich behandelt wurden. Aber alle Patienten bekamen die Intervention kostenlos. Die Teilnehmer waren frei, jegliche zusätzliche Behandlung im Laufe der Studienperiode zu verfolgen. Die Teilnehmer, die ablehnten oder vorzeitig die Behandlung absetzten, bekamen das Angebot: psychiatrische Dienstleistungen ihrer Wahl innerhalb oder außerhalb des Studienorts zu erhalten.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Power-Analysen bestimmten, dass 60 Teilnehmer erforderlich wären, um die Hypothese zur Adhärenz und zu den Outcomes zu bestätigen. Von den 60 Teilnehmern, die zwischen April 2004 und November 2006 rekrutiert wurden, waren 29 randomisiert kongruent zur Behandlung und 31 inkongruent zur Behandlung. Nach der Power-Analyse wurden genügend Teilnehmer rekrutiert, um einen Effekt nachweisen zu können.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Anhand der Vorhersagentestung (Regression) konnte eine Assoziation zwischen der Behandlungsinitiation und der Stärke der Präferenz (OR =5.3) sowie den optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlung festgestellt werden (OR = 2.5). OR> 1 somit ist eine erhöhte Probabilität Dennoch wurde kein signifikanter Unterschied bezüglich der Adhärenz-Rate zwischen den Probanden mit Psychotherapie (M = 0.68, SD = 31.9) und den Probanden mit der Antidepressiva Therapie gemessen (M = 0.52, SD = 42.9).
10. Sind die	Alle TN der Interventionsgruppe (kongruent) und 74

unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Prozent der TN der Kontrollgruppe (inkongruent) haben die Behandlung initiiert (Fishers's Exact Test = .005). Die acht TN der Kontrollgruppe, die nicht mit der Behandlung anfangen, waren der Antidepressiva Therapie zugeteilt.</p> <p>Anhand der Vorhersagentestung (Regression) konnte eine Assoziation zwischen der Behandlungsinitiierung und der Stärke der Präferenz (df = 1, p=0.001) sowie den optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlung festgestellt werden (df = 1, p =.002).</p> <p>Die Forscher fanden heraus, dass die Stärke der Präferenz zur zugeteilten Behandlung mit einer signifikant höheren 12-wöchigen Adhärenz-Rate assoziiert ist (p =.002).</p> <p>Hingegen konnte die reine Kongruenz zur Behandlung nicht mit einer verbesserten Adhärenz assoziiert werden. Allgemein wiesen die TN eine stärkere Präferenz für die Psychotherapie als für die Antidepressiva Therapie auf (p < .001).</p> <p>Wenn der p<.05 ist der Unterschied signifikant Wenn der p<.01 ist der Unterschied hoch signifikant.</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Anhand der Vorhersagentestung (Regression) konnte eine Assoziation zwischen der Behandlungsinitiierung und der Stärke der Präferenz (95% KI =4.3, 6.3) sowie den optimistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlung festgestellt werden (95% KI = 1.9, 3.1).
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Ergebnisse sind auf meine Patienten übertragbar, unsere Einschluss- und Ausschlusskriterien sind respektiert.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Die Studie hat ein paar Schwächen bezüglich Adhärenz, da die Adhärenz nur auf einer Art und Weise erfasst wurde. Die Population hatte keine signifikante Verbesserung in den Outcomes, dies könnte aufgrund der Wahrscheinlichkeit einer resistenten Population erklärt werden. Die Adhärenz wird nur während 12 Wochen gemessen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Studie ist interessant, um Schlüsse für die Adhärenz zu ziehen, aber da sich die Outcomes nicht signifikant verbessert haben, ist der Nutzen-Kosten in dieser Studie nicht gewährleistet, eine weitere Studie mit einer anderen Population ist notwendig, um den Nutzen zu untersuchen.
15. Ethik	Die Forschung wurde vom Institutional Review Board of Weill Cornell Medical College bewilligt. Nachdem die Teilnehmer eine vollständige Beschreibung der Studie erhielten, wurde von allen Teilnehmer eine schriftliche informierte Einverständniserklärung eingeholt.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Eker, F., & Harkin, S. (2012). Effectiveness of six-week psychoeducation program on adherence of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 409- 416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.004>

Forschungsfrage: Wie beeinflusst ein Psychoedukationsprogramm die Therapie-Adhärenz bei Patienten mit einer bipolaren Störung im ambulanten Setting ?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<p>Randomisierung</p> <p>Die Teilnehmer wurden in der Zonguldak Karaelmas University Hospital Mood Disorders Outpatient Clinic in der Türkei rekrutiert. Die Studie schloss 71 Patienten ein. Alle Patienten erhielten eine ambulante Therapie, erfüllten die Kriterien der Bipolar Affectiv Disorder DSM-IV Diagnose und gaben ihre informierte Zustimmung ab.</p> <p>Die Teilnehmer wurden per Randomisierung zur Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt (gemäss Alter, Geschlecht, Edukations-Level und Therapie-Adhärenz Status).</p>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<p>Am Anfang der Studie wurden 71 Patienten rekrutiert, davon wurden 36 per Randomisierung der Interventionsgruppe und 35 der Kontrollgruppe zugeteilt. Vier Patienten der Interventionsgruppe kamen nicht regelmässig zum Psychoedukationsprogramm, zwei Patienten gaben an, nicht genügend Zeit zu haben um beim Programm mitzumachen und drei Patienten aus der Kontrollgruppe haben den Abschluss-Test nicht gemacht. Diese Teilnehmer wurden ausgeschlossen. Am Ende der Studie waren noch 63 Teilnehmer dabei; 30 in der Interventionsgruppe und 33 in der Kontrollgruppe.</p> <p>Follow up = 89%</p>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersuchenden verblindet?	<p>Es wurde nicht beschrieben, ob die Teilnehmer verblindet waren oder nicht. Eine Verbindung wäre nicht möglich gewesen, aufgrund der Psychoedukationszessionen.</p> <p>Das Personal konnte wegen der Art der Intervention (Psychoedukation) nicht verblindet werden. Es ist nicht bekannt, ob die Untersuchenden verblindet waren.</p>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<p>Die Untersuchungsgruppen waren zu Beginn der Studie ähnlich. Die Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Geschlecht, Alter, Zivilstand, Sozio-ökonomischer Status, Dauer der Krankheit, Dauer der Medikamenteneinnahme, Anzahl eingenommener Medikamente pro Tag. Siehe Tabelle 2.</p>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<p>Es ist nicht ausdrücklich in der Studie geschrieben, dass die Untersuchungsgruppen gleich behandelt wurden abgesehen von der Intervention, aber da sie im selben Spital behandelt wurden, ist es unwahrscheinlich, dass</p>

	andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Kein Teilnehmer wechselte die Gruppe, es gab aber Teilnehmer die die Intervention abbrachen.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<p>Eine Power-Analyse wurde gemacht, diese legte fest, dass jede Gruppe eine Stichprobe von Minimum 35 Teilnehmer beinhalten muss, um Adhärenz-Unterschiede zu erfassen. Das Signifikanzniveau wurde bei Alpha=0.05 und einer Power von 80.0 % gesetzt.</p> <p>Es wurden genügend Teilnehmer eingeschlossen, um einen Effekt nachweisen zu können.</p>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Ergebnisse stehen im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet.
•	
•	
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Beim Pre-test waren n= 14 (40,0%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=14 (38,9%) der Kontrollgruppe (n=36) adhären. Beim Pre-test waren n= 21 (60,0%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=22 (61,1%) der Kontrollgruppe (n=36) nicht-adhären.</p> <p>Beim Post-test of completers waren n= 26 (86,7%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=8 (24,2 %) der Kontrollgruppe (n=36) adhären. Beim Post-test of completers waren n= 4 (13,3%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=25 (75,8%) der Kontrollgruppe (n=36) nicht-adhären.</p> <p>Beim Post-test of LOCF waren n= 28 (80,0%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=11 (30,6%) der Kontrollgruppe (n=36) adhären. Beim Post-test of LOCF waren n= 7 (20,0%) der Interventionsgruppe (n=35) und n=25 (69,4%) der Kontrollgruppe (n=36) nicht-adhären.</p>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Beim Pre-test ist der Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Therapie-Adhärenz nicht signifikant ($\chi^2=0.009$; $p>0.05$). → nicht signifikant</p> <p>Beim Post-test ist der Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezüglich der Therapie-Adhärenz signifikant ($\chi^2=24.649$; $p<0.01$), die Interventionsgruppe ist signifikant adhärenter als die Kontrollgruppe. → hoch signifikant</p> <p>Beim Post-test of LOCF ist der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich der Therapie-Adhärenz signifikant ($\chi^2=17.525$ $p<0.01$), die Interventionsgruppe ist signifikant adhärenter als die</p>

Kontrollgruppe. → hoch signifikant	
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Die Konfidenzintervalle wurden nicht berechnet.
•	
•	
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Ergebnisse sind auf meine Patienten übertragbar, aber die Studie gibt nicht an wie viele Patienten depressiv und wie viele manisch waren. Unsere Ein- und Ausschlusskriterien wurden respektiert.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Die Studie hat für mich alle wichtigen Ergebnisse betrachtet. Die Adhärenz wurde mit subjektiven Instrumenten erfasst, aber nicht objektiv. Trotzdem wurde die Adhärenz mit verschiedenen Mess-Instrumenten erfasst. Die Adhärenz wurde nur über 6 Wochen erfasst. Es braucht viel Zeit, um das Verhalten zu ändern, deshalb bräuhete es noch Messungen, um die aktuelle Adhärenz Rate zu erfassen. Die Psychoedukation hatte keine verhaltenstherapeutische Intervention, die Intervention war rein informativ.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Kosten wurden in dieser Studie nicht diskutiert. Die Studie steigert signifikant die Adhärenz. Da die nicht-Adhärenz mit erheblichen Kosten verbunden ist, ist aus meiner Sicht der Nutzen dieser Intervention gerechtfertigt.
15. Ethik	Die Studie wurde vom Zonguldak Karaelmas University Hospital Ethics Committee genehmigt. Die Patienten wurde über das Ziel der Studie informiert, bekamen Informationen dazu und haben ihre schriftliche Einverständniseinwilligung abgegeben. Die Kontrollgruppe hatte Standard Edukation.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Aragonès E., Piñol J.L., Caballero A., López-Cortacans G., Casaus P., Hernandez J.M., Badia W., Folch S., «Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: A cluster randomized trial. The INDI project»

Forschungsfrage: Ist im spanischen öffentlichen Gesundheitssystem das Mehrkomponentenprogramm für das Management der Depression in Primary Care effektiver als das Standardmanagement?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Die teilnehmenden Hausärzte haben für die Studie Patienten aus ihrer Arztpraxis mit klinisch diagnostizierter Depression selektioniert. Die Hausärzte haben überprüft, ob die Depression den standardisierten Diagnosekriterien (DSM-IV) für mittelgradige (major) depressive Episode und den Schweregradkriterien des PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) entspricht, haben alle anderen Inklusions- und Exklusionskriterien getestet und die Einwilligung des Patienten eingeholt. Dieses Prozedere war für alle Zentren (Clusters) identisch. Die 20 teilnehmenden Patienten der Primary Care Zentren (Clusters) wurden randomisiert und entweder der Interventionsgruppe (10 Zentren) oder der Kontrollgruppe (10 Zentren) zugeteilt. Die Zuteilung war auf dem pair-matched cluster randomisierten Design basiert (Ukoumunne et al., 1999). Die Zentren wurden angesichts der Teilnehmerzahl der Ärzte, der Lage (Stadt oder Landgebiet) und dem Vorhandensein eines Psychiaters im Zentrum gepaart.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Insgesamt wurden 338 Patienten von den 20 Zentren für Primärversorgung in die Studie aufgenommen (189 in die Interventionsgruppe und 149 in die Kontrollgruppe). Am Ende waren noch 302 Patienten dabei. Follow up \cong 89%. Die Ausfälle sind klar begründet (Fig. 1)
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersuchenden verblindet?	Die Teilnehmer wurden nicht verblindet. Das Personal konnten wegen der Art der Intervention (eine Schulung ist inbegriffen) nicht verblindet werden. Die Randomisierung sowie die Prüfung der Studienergebnisse mittels eines strukturierten Fragenbogens wurden durch verblindete Forscher durchgeführt.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Es gab keinen signifikanten Unterschied bezüglich vorliegender Merkmale zwischen den zwei Gruppen (p -Werte > 0.05). Die einzige Ausnahme war die Prävalenz der generalisierten Angststörung, welche in der Interventionsgruppe höher war ($p = 0.034$). Da die Komorbidität von Angst und Depression für die Interventionsgruppe auf keinen Fall ein Vorteil, sondern eher ein Nachteil ist, hatte dieser Gruppenunterschied

keinen Einfluss auf die Resultate.	
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	Keine präzisen Angaben.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Alle Gruppen und Teilnehmer wurden bewertet. Es gab keinen Wechsel zwischen den zwei Gruppen.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Anhand der Poweranalyse sollte die Stichprobe aus 402 Teilnehmer bestehen. Es wurde keine Poweranalyse am Schluss der Studie gemacht, um zu prüfen ob eine kleinere Stichprobe (338 Teilnehmer) ausreichend ist.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja. Die Ergebnisse sind ähnlich wie andere Studie aus Europa und den USA.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Der Behandlungseffekt war bezüglich Adhärenz von Terminen bei Pflegefachpersonen gross (OR = 2.68). Der Behandlungseffekt auf die Antidepressiva-Adhärenz war mässig (OR zwischen 1.29 und 1.85).
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Das Einhalten von Terminen mit Pflegefachpersonen war signifikant höher in der Interventionsgruppe ($p < 0.001$) Die Antidepressiva-Adhärenz war nach 6 Monate signifikant höher in der Interventionsgruppe ($p = 0.017$). Nach 3 und 12 Monate wurde ein signifikanter Unterschied beobachtet (p -Werte > 0.05).
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Die Konfidenzintervalle (CI 95%) wurden berechnet.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja. Diese Studie zeigt, dass Modelle für das Management der Depression, welche zum grössten Teil in der USA entwickelt und untersucht worden sind, auf andere Gesundheitssysteme erfolgreich übertragen werden können. In der Schweiz wird das Primary Care Modell bereits angewendet, das sich auf diese Intervention stützt.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Es wurde nicht beschrieben, wie und/oder durch welche Instrumente die Adhärenz gemessen wurde.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken	Gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis. Für die Intervention wurden nur die in den Primärpflegezentren bereits

und Kosten wert?	verfügbaren Ressourcen verwendet (kein zusätzliches Personal oder Verfahren).
15. Ethik	Die Studie wurde in Einklang mit ethischen Grundsätzen durchgeführt, die aus der Deklaration von Helsinki stammen und im Einklang mit den Richtlinien für „gute Praxis“ in der Primary Care Forschung (IDIAP Jordi Gol, 2010) und den regulatorischen Anforderungen stehen. Alle Teilnehmer (oder ihre gesetzlichen Vertreter) haben ihre Einwilligungserklärung schriftlich erteilt. Das Forschungsethik-Komitee des Jordi-Gol-Primary Care Research Institute (IDIAP) hat am 29. März 2006 das Studienprotokoll in Barcelona genehmigt.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Simon G.E., Ralston J.D., Savarino J., Pabiniak C., Wentzel C., Operskalski B.H., «Randomized Trial of Depression Follow-Up Care by Online Messaging»

Forschungsfrage: Inwiefern kann das Care-Management- Programm für die Depression, welches vollkommen durch asynchrone Online-Nachrichtenübermittlung durchgeführt wird, eine Verringerung des Schweregrades der Depression bewirken und zu einer Steigerung der Patientenzufriedenheit sowie der Qualität der Antidepressivatherapie führen? Wie gut wird das Programm von Patienten angenommen?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Teilnehmer wurden aus neun Primary Care Kliniken rekrutiert. Jede Woche haben elektronischen Akten potenzielle Teilnehmer identifiziert, welche die Kriterien erfüllten. Jeder potenzielle Teilnehmer erhielt eine Online-Einladung vom Studienleiter (einen Psychiater der Group Health). Teilnehmer, welcher die online Einwilligungserklärung unterschrieben haben (N = 208), wurden randomisiert und in die Interventionsgruppe (N = 106) oder in die Kontrollgruppe (N = 102) zugeteilt. Die Zuordnung erfolgte automatisch durch eine Datenbank unter Anwendung eines Zufallsgenerators ohne Block oder Stratifizierung.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Insgesamt wurden 208 Patienten in die Studie aufgenommen (106 in der Interventionsgruppe und 102 in der Kontrollgruppe). Am Ende waren noch 197 Patienten dabei. Follow up \cong 95%. Die Ausfälle sind nicht klar begründet.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersuchenden verblindet?	Es wurde nicht erwähnt, ob eine Verblindung stattgefunden hat.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Die Intervention- und die Kontrollgruppe waren zu Beginn ähnlich, die sozio-demokratische Unterschiede sind klein und reichen bis max. \pm 6% (vgl. Table 3)
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleichbehandelt?	Unklar. In der Studie wird nur erwähnt, dass Teilnehmer der Kontrollgruppe keine zusätzlichen Leistungen bekommen haben.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Alle Gruppen und Teilnehmer wurden bewertet. Es gab keinen Wechsel zwischen den zwei Gruppen.
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend	Die Grösse der Stichprobe (208) war ausreichend um einen Power nachweisen zu können. Anhand der

gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Poweranalyse sollte die Stichprobe aus mindestens 100 Teilnehmer pro Gruppe bestehen.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Die Ergebnisse stehen im Einklang mit Untersuchungen über ein online Messaging Programm bei anderen chronischen Erkrankungen wie z.B. Hypertonie und Diabetes. Dies ist aber die erste Studie welche die virtuelle Kommunikation bei Depression untersucht.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Der Behandlungseffekt bezüglich Antidepressiva-Adhärenz war mittelstark. Nach 90 Tage waren 81% der Teilnehmer aus der Interventionsgruppe im Vergleich zu 61% aus der Kontrollgruppe therapie-adhärenz. Im Bezug zur Nutzungsrate von weiteren Gesundheitsleistungen war der Effekt kleiner (Table 4). Die Patientenzufriedenheit war höher in der Interventionsgruppe. 53% der Interventions- und bzw. 33% der Kontrollpatienten waren mit der Behandlung zufrieden
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die Antidepressiva-Adhärenz und die Patientenzufriedenheit waren signifikant höher in der Interventionsgruppe ($p = 0.001$ bzw. $p = 0.004$) Die Nutzungsrate von weiteren Gesundheitsdienstleistungen war leicht höher in der Interventionsgruppe, zeigte aber keine statistische Signifikanz (p -Werte > 0.1)
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Konfidenzintervalle sind nur für das Hauptergebnis angegeben.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja. Jedoch ist zu beachten, dass 70% der Teilnehmer Frauen sind und dass 80-85% der Teilnehmer schon mehr als 6 Monate Erfahrungen haben mit online Benachrichtigungen. Das bedeutet, dass Patienten schon eine gewisse Vertrautheit mit virtueller Pflege hatten. Zusätzlich waren es alles Patienten, die bereit waren, nur mit Online-Messaging zu arbeiten.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Die Adhärenz wurde ausschliesslich durch objektive Messinstrumente erfasst. Es fehlt die subjektive Komponente. Es wurden keine Nebenschaden aufgrund der Intervention beobachtet sowie auch keine psychiatrischen Hospitalisierungen oder Suizidversuche.

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Intervention erfolgte ausschliesslich durch online Benachrichtigungen, was die Kosten reduzieren kann. In Vergleich zu telefon-gestützten Interventionen hat das Personal für die Online-Benachrichtigungen weniger als die Hälfte der Zeit benötigt. Der zeitliche Aufwand ist viel geringer. Fraglich ist, wie gut diese Intervention auf die Dauer wirkt, vor allem in Bezug auf die Zufriedenheit und die Adhärenz.
15. Ethik	Alle Untersuchungsverfahren wurden vom Group Health Cooperative Human Subjects Review Committee genehmigt.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Zanjani F., Miller B., Turiano N., Ross J., Oslin D. «Effectiveness of Telephone-Based Referral Care Management, a Brief Intervention to Improve Psychiatric Treatment Engagement»

Forschungsfrage: Inwiefern kann das Telefon-gestützte Care Management (TBR-CM) das Engagement in psychiatrischer Behandlung verbessern?

Glaubwürdigkeit	
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	169 Primary Care Patienten des Philadelphia Veterans Affairs Medical Center haben ein psychiatrisch-diagnostisches Gespräch gehabt. Es wurde festgestellt, ob sie psychiatrische Hilfe benötigen. Aus dieser Anzahl geeigneter Teilnehmer haben 113 der Studie zugestimmt. Die Teilnehmer wurden durch ein computergestütztes Verfahren randomisiert und entweder in die Interventionsgruppe (N = 56) oder in die Kontrollgruppe (N = 57) zugeteilt. Die Randomisierung wurde anhand dreier diagnostischer Gruppen stratifiziert: schwere Depression, Suchtmittelabusus oder komorbide Störungen (schwere Depression und Suchtmittelabusus). Durch die Stratifizierung konnten die diagnostischen Gruppen in ausgewogener Weise über die Randomisierung repräsentiert werden. Als Ziel wurde eine Rekrutierung von 40 Teilnehmern pro diagnostischer Gruppe gesetzt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	113 Teilnehmer wurden in der Studie aufgenommen und randomisiert. Der Follow-up war schwer messbar, da die Adhärenz als erstes Outcome gewählt wurde. Patienten, welche den Ersttermin oder nachfolgende Termine nicht (mehr) wahrgenommen haben, wurden als nicht-adhärenz eingestuft. Es ist jedoch unklar wie viele Teilnehmer aus anderen Gründen ausgefallen sind.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersuchenden verblindet?	Keine Angabe. Wahrscheinlich wäre sowieso eine Verblindung bei Teilnehmern und Personal wegen der Art der Intervention nicht möglich gewesen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja. Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich sozio-demographischer oder psychiatrisch-medizinischer Merkmale zwischen den zwei Gruppen ($p < 0.05$).
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleichbehandelt?	Ja. Abgesehen von der Intervention (TBR-CM) hatten Teilnehmer, welche der Interventionsgruppe zugeordnet wurden, genau die gleiche Standardtherapie wie die Teilnehmer der Kontrollgruppe.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per	Alle Gruppen und Teilnehmer wurden bewertet. Es gab keinen Wechsel zwischen den zwei Gruppen.

Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Anhand der Poweranalyse sollte die Stichprobe aus 120 Teilnehmern bestehen. Es wurde keine Poweranalyse am Schluss der Studie gemacht, um zu prüfen ob eine kleinere Stichprobe (113 Teilnehmer) ausreichend ist.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Laut anderer Untersuchungen auf diesem Gebiet waren telefon-basierte Interventionen für das Krankheitsmanagement von weniger komplexen Krankheiten wirksam. Telefon-gestützte Interventionen ohne Motivationsarbeit haben keinen Einfluss auf die Adhärenz. Diese Studie ist die erste, welche zusätzlich motivationsfördernde Elemente einschliesst.
Aussagekraft	
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Der Behandlungseffekt war gross: 70% der Teilnehmer (= 40) haben mindestens einen Termin wahrgenommen im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, wo die Anwesenheit bei 32% lag (= 18 Teilnehmer). Die Interventionsgruppe hatte im Vergleich zur Kontrollgruppe durchschnittlich mehr Termine wahrgenommen (< 2 Termine bzw. > 3 Termine).
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die Ergebnisse im Bezug zu den Outcomes sind alle hoch signifikant. Die Termin-Adhärenz war höher in der Interventionsgruppe ($p < 0.001$) sowie auch die Gesamtzahl von wahrgenommen psychiatrischen Terminen ($p = 0.008$).
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Es sind Konfidenzintervalle angegeben.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Ergebnisse sind zum Teil auf unsere Population übertragbar. Die Teilnehmer der Studie sind alle Veteranen, 96% davon sind Männer und bei nur 39% war zum Zeitpunkt der Studie eine schwere Depression im Vordergrund (bei 80% wurde jedoch eine depressive Störung diagnostiziert).
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Das Einhalten von Terminen wurde ausschliesslich durch objektive Messinstrumente erfasst. Die Patienten wurden nicht befragt, somit ist die Subjektivität der Adhärenz nicht enthalten (Unterschied Adhärenz / Compliance).
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Fragliches Kosten-Nutzen-Verhältnis. Der 1:1 Kontakt zwischen Patient und Fachperson ist viel wert, aber auch zeitaufwändig. Für das Einhalten eines einzelnen Termins wurden neben dem Senden der Motivationsbriefe bis zu

	insgesamt 30 Minuten am Telefon investiert. Teilnehmer, die nicht erreicht werden konnten, haben bis zu 6 Telefonnachrichten erhalten (= bis zu etwa 10 Minuten am Telefon).
15. Ethik	Die Teilnehmer haben eine ausführliche Beschreibung der Studie bekommen und wurden gebeten, in ihre Teilnahme mündlich einzuwilligen. Das PVAMC Institutional Review Board hat die mündliche Einwilligung aufgrund des Zeitmangels genehmigt und weil die Studienbeteiligung nur mit einem minimalen Risiko verbunden war.
