

## **Akzeptanz und Durchführbarkeit des Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings Debora II innerhalb der Implementierungsphase in einer stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation**

**Theoretischer Hintergrund.** Psychosoziale Faktoren beeinflussen die Entwicklung und Bewältigung von chronischen Rückenschmerzen (CRS). Insbesondere die langfristige Belastung durch CRS ist entscheidend für die Entwicklung von depressiven Symptomen und Angststörungen, was wiederum zur weiteren Beeinflussung der Lebensqualität führt. In der Rehabilitation von CRS haben sich besonders multimodale Behandlungsmethoden als wirksam erwiesen. Allerdings beschränkten sich die Wirkungen auf kurz- und mittelfristige Effekte. Aufgrund der wachsenden Zahl an Patienten mit Muskelskeletterkrankungen, der hohen psychischen Komorbidität und der Relevanz biopsychosozialer Prozesse ist eine Erweiterung der orthopädischen Rehabilitation von CRS um psychologische Bestandteile erforderlich. Auf der Grundlage der kognitiv-behavioralen Behandlung wurde die Patientenschulung Debora für Patienten mit CRS in der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation (VMO/VOR) entwickelt. In dieser wurde ein Schmerzbewältigungstraining durch ein Depressionspräventionstraining ergänzt, welches bereits weiterentwickelt und in einer orthopädischen Rehabilitation etabliert wurde. Die Transferproblematik innerhalb des Implementationsprozesses stellt in diesem Zusammenhang einen wesentlichen Aspekt für die Beeinflussung der Wirksamkeit dar. Um langfristige Wirkungsweisen erzielen zu können, soll der Prozess der Implementierung fokussiert werden. Die Akzeptanz, Durchführbarkeit, Barrieren, aber auch Barrierenmanagement stellen Einflussfaktoren dar, welche als Kriterien im Rahmen einer formativen Evaluation untersucht werden. Zusätzlich kann das Herausarbeiten von wahrgenommenen erlernten Handlungsweisen bei den Rehabilitanden erste Informationen zur Wirksamkeit des Trainings geben (summative Evaluation).

**Fragestellungen.** Ziel der vorliegenden Arbeit war die formative Evaluation der Patientenschulung Debora II während des Implementationsprozesses. Der Fokus lag dabei auf der Beurteilung von Akzeptanz und Durchführbarkeit seitens der durchführenden Therapeuten. Ergänzend wurden beide Kriterien aus Sicht der Rehabilitanden betrachtet. Des Weiteren sollten erlernte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sowie Barrieren und Bewältigungsmöglichkeiten identifiziert werden. Eine Gegenüberstellung der gewonnenen Ergebnisse soll als Grundlage für entsprechende Handlungsempfehlungen zur Optimierung des Implementationsprozesses dienen.

**Methodik.** Die Fragestellungen sollten mit der Hilfe des qualitativen Forschungsansatzes beantwortet werden. Dazu wurde innerhalb des Implementationsprozesses eine Fokusgruppe mit involvierten Experten durchgeführt. Es ergab sich eine Stichprobe von acht Experten (N=8). Die Interviewdauer der Fokusgruppe der Experten betrug 45:40 Minuten. Ergänzend

wurden die Ergebnisse eines zuvor umgesetzten Qualitätszirkels hinzugezogen. Dieser wurde in der Mitte der Implementierung mit der Hilfe von 15 Experten (N=15) aus unterschiedlichen Fachbereichen durchgeführt. Um ein Gesamtbild über und damit auch eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erhalten, wurden zusätzlich vier Fokusgruppen mit Rehabilitanden umgesetzt. Es ergab sich eine Gesamtstichprobe von 13 Rehabilitanden (N=13) im Alter zwischen 28 und 62 Jahren, wovon 46,2 % weiblichen Geschlechts waren. Die Einteilung der Fokusgruppen erfolgte in Interventionsgruppe nicht depressiv (IG), Interventionsgruppe depressiv (IG<sub>depr</sub>), Kontrollgruppe nicht depressiv (KG) und Kontrollgruppe depressiv (KG<sub>depr</sub>). Die Fokusgruppen der Rehabilitanden ergaben eine Interviewdauer von 23:19 bis 37:25 Minuten, wobei die Teilnehmerzahl zwischen drei und vier Rehabilitanden betrug. Die Interviewauswertung der Fokusgruppen erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2015) mit Unterstützung der Auswertungssoftware MAXQDA 11.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse der Untersuchung legen nahe, dass die Voraussetzungen für die Wirksamkeit des Schmerzbewältigungs- und Depressionspräventionstrainings, im Hinblick auf die Akzeptanz und Durchführbarkeit, durchaus vorhanden sind. Jedoch zeigte sich, dass die **Akzeptanz** seitens der Experten nur eingeschränkt gegeben ist. Bedingt wurde dies durch die inhaltliche Struktur des Trainings, welche ein Ungleichgewicht zwischen Theorie und Praxis aufwies, aber auch durch Verständnisschwierigkeiten bei einigen Themen seitens der Rehabilitanden. Der hohe Anteil an theoretischen Inhalten und Vorträgen, aber auch die Komplexität einiger Themen, wie das „*ABC Schema*“ oder der Vortrag „*psychische Komorbidität bei chronischen Rückenschmerzen*“, wurde als ungünstig beschrieben. Der Implementationsprozess als solches wurde zudem von den Experten als herausfordernd beschrieben und verlangte Anpassungen, welche zusätzlich durch die Abwehrhaltung einiger Experten und einer fehlerhaften Zuweisung der Rehabilitanden innerhalb der VMO erschwert wurden. Diese Ergebnisse spiegelten sich auch innerhalb des Qualitätszirkels wider. Positiv hingegen wurde in beiden Expertengesprächen die aufgebaute Gruppendynamik benannt, welches einen neuen Aspekt innerhalb der orthopädischen Rehabilitationsklinik darstellte. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass aufgrund der geringen Kritik an dem Training, die Experten mit der Themenauswahl und inhaltlichen Strukturierung soweit zufrieden waren. Die Ergebnisse der Rehabilitanden deuten hingegen auf eine gute Akzeptanz hin, welche sich durch die insgesamt positive Resonanz in sämtlichen Fokusgruppen zeigte. Die Kompetenz der Therapeuten, die hilfreichen Übungen und Tipps wurden in den Interviews besonders hervorgehoben. Besonders positiv wurde auch in diesem Zusammenhang die gute Gruppendynamik erwähnt. Es wurden lediglich Veränderungswünsche innerhalb der Strukturen der Gruppensitzungen angegeben, um zeitliche Ressourcen für individuelle Inhalte zur Verfügung gestellt zu bekommen.

Im Zusammenhang mit der **Durchführung** besteht ebenfalls Optimierungsbedarf. Herausforderungen wurden dazu von den Experten bei dem eigenständigen Aufbau von einem Bewegungstherapiekonzept und bei der Neuorientierung innerhalb des Arbeitsalltages wahrgenommen. In diesem Zusammenhang stand auch das Verteidigen eigener Interessen und Ressourcen bei den Experten im Vordergrund der Implementierung, was auch innerhalb des Qualitätszirkels deutlich wurde. Die bereits beschriebene Komplexität einiger Inhalte und die zeitlichen Rahmenbedingungen der Gruppensitzungen wurden als zusätzlicher Kritikpunkt genannt. Die intensive Auseinandersetzung mit den Themeninhalten in einem festen Rahmen von 60 Minuten Gruppentraining und 25 Minuten Workshop stand dabei im Mittelpunkt der Kritik. Die Therapieplanung stellte einen weiteren Problemfaktor dar, welcher sich in zahlreichen inhaltlichen und zeitlichen Planungsfehlern zeigte. Die Rehabilitanden beklagten zu Beginn der Implementierung fehlende Vorabinformationen bezüglich des Konzeptes und der geplanten rehabilitativen Maßnahmen. Das fehlende Verständnis behinderte dadurch die Umsetzung des Trainings. Dies bestätigte der Qualitätszirkel, deren Anpassung jedoch bereits zum Zeitpunkt des Qualitätszirkels initiiert wurde. Außerdem beklagten die Rehabilitanden den Mangel einer flexiblen Gestaltung der Gruppensitzungen.

Sowohl innerhalb der Fokusgruppe der Experten als auch im Qualitätszirkel wurden keine **erlernten gesundheitsförderlichen Handlungsweisen** an den Rehabilitanden wahrgenommen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass der Fokus der Experten insgesamt auf die Optimierung des Trainings lag und die positiven Aspekte übergangen wurden. Die Rehabilitanden nahmen hingegen erlernte Handlungsweisen im Hinblick auf die proximalen und distalen Ziele des Trainings wahr. Explizit wurden dabei die *Akzeptanz* der eigenen Situation und Handlungsfähigkeit, die Förderung des Gesundheitsverhaltens durch *Achtsamkeit*, die Steigerung der eigenen *Entspannungsfähigkeit*, *Gelassenheit* und *Stressreduktion* sowie *Kraft-* und *Motivationssteigerung* genannt.

**Barrieren** zeigten sich aus Sicht der Experten (insgesamt) bei den Rehabilitanden selbst. Innere, personale Faktoren erschwerten dabei primär die Umsetzung von neuen gesundheitsförderlichen Handlungsweisen. So wurde die Motivation und Volition der Rehabilitanden, aber auch die Skepsis, hohen Erwartungen und Unbehagen gegenüber einiger Themeninhalte als Barrieren identifiziert. Das Konzept selbst und die Implementierung wurden ebenfalls als Barrieren beschrieben. Das Modul 2 *Gefühle und Schmerz* wurde dazu explizit genannt. Außerdem wurde die Komplexität einiger Themen als negative Grundlage identifiziert, welche das Erlernen von gesundheitsförderlichen Handlungsweisen von vornherein behinderten.

Der Aufbau und die Optimierung der Veränderungsmotivation und Volition standen aus Sicht der Experten im Vordergrund bei der besseren Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Rehabilitation. Durch konkrete *Veränderungsplanungen*, *positive Erfahrungen* mit erlernten Trainingsinhalten, Steigerung der *sozialen Unterstützung* und die

Wahrnehmung von *Spaß* sollten diese gefördert werden. Zusätzlich stellen *motivierte* und *engagierte Mitarbeiter* sowie ein gewisses Maß an *Eigenbestimmung* und *Teilhabe* zusätzliche Hilfestellungen dar. Auch bietet eine feste Struktur und Planung, um die Motivation durch eine vorgegebene Verbindlichkeit zu erhöhen, Unterstützung bei dem Aufbau von neuen Handlungsweisen. Insgesamt zeigt sich, dass therapieübergreifende Angebote den Rehabilitanden das Gefühl eines ganzheitlichen Konzeptes vermitteln und somit die Sinnhaftigkeit der einzelnen Elemente verstärken können.

**Handlungsempfehlungen.** Die gesamten Ergebnisse dieser Untersuchung legen eine Steigerung der Motivation und Volition nahe. Dabei bedarf es einer besseren Zuweisung von Rehabilitanden unter Berücksichtigung von Ein- und Ausschlusskriterien. Das Einbeziehen von Screenings, wie die ADS (Hautzinger et al., 2012) oder dem PHQ-4 (Löwe et al., 2002), aber auch die Schulung der beim Auswahlverfahren involvierten Experten könnten bei der optimalen Zuweisung unterstützen. Die Erhöhung der Freiwilligkeit seitens der Rehabilitanden, durch eine rechtzeitige Information über Inhalte sowie die Notwendigkeit der Rehabilitation, aber auch eine individuellere Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse der Rehabilitanden könnten die Identifizierung mit dem Training und dessen Inhalte unterstützen. Auch die Anpassung einiger Inhalte bezüglich ihrer Komplexität und eine zeitliche Anpassung der Rahmenbedingungen werden empfohlen. Um die Durchführbarkeit zu erhöhen und den Implementationsprozess zu optimieren wird außerdem der Aufbau eines Qualitätszirkels sowie eine fachliche Unterstützung durch einen Experten empfohlen. Dieser soll bei den Implementationsprozessen als Berater für die Mitarbeit fungieren sowie als Moderator beim Qualitätszirkel mitwirken. Das kann zusätzlich zur Erhöhung der Akzeptanz bei den Experten führen, welche außerdem durch einen besseren Einbezug und Mitbestimmung der Experten gefördert wird.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lieferten entscheidende Hinweise zur optimalen Implementierung und Umsetzung der Patientenschulung Debora II: So wurde insbesondere der hohe Stellenwert einer verstärkten Partizipation und damit auch Akzeptanz seitens der involvierten Experten in dieser Arbeit, in Hinblick auf den Erfolg der Implementierung und des Konzeptes, deutlich gemacht. Die konkreten Handlungsweisen lieferten Hinweise zur Verbesserung der Akzeptanz, Durchführbarkeit, aber auch des Implementationsprozesses, woraus sich eine Unterstützung zur erfolgreichen Dissemination des Trainings in die Routineversorgung ergibt. Diese Arbeit zeigt deutlich die Relevanz einer erfolgreichen Implementierung eines Gesundheitsförderungsprogramms innerhalb der Gesundheitsversorgung und verdeutlicht, dass diesem Forschungsfeld zukünftig mehr Beachtung geschenkt werden muss, um die Wirksamkeit von präventiven Programmen weiter zu steigern und auch langfristig aufrechtzuerhalten. Abschließend kann die vorliegende Arbeit als wichtiger Beitrag zur Prävention von psychischer Komorbidität bei Patienten mit

chronischen Rückenschmerzen betrachtet werden, indem sie durch die formative Evaluation dazu beiträgt, die Implementierung von gesundheitsförderlichen Konzepten und damit auch die Behandlungsqualität in der VMO zu verbessern.

## **Acceptance and feasibility of the Debora II pain competence- and depression prevention training within the implementation phase in a multidisciplinary inpatient rehabilitation**

**Theoretical Background.** Psychosocial factors have an influence of the development and coping of chronic low back pain (CLBP). Especially the long-term of stress because of CLBP is deciding for the development of depressive symptoms and anxiety disorders which in turn leads to a further influencing of the quality of life. In the rehabilitation of CLBP especially multidisciplinary methods of treatment have proven effects. However, the effects on short- and medium-term were limited. Because of the growing number of patients with musculoskeletal diseases, the high psychological comorbidity and the relevance of biopsychosocial processes, an extension of the orthopaedic rehabilitation of CLBP with psychological elements is required. Based on the cognitive-behavioural treatment, the patient training 'Debora' for patients with CLBP was developed in behavioural-oriented rehabilitation (VMO/VOR). In these a pain management training is complemented by a depression prevention training, which has already been further developed and established in an orthopaedic rehabilitation. In this context, the transfer problem within the implementation process is an important aspect for influencing the effectiveness. In order to reach long-term effects, the process of implementation is to be focussed. The acceptance, feasibility, barriers as well as barriers management are influencing factors, which are examined as criteria within the framework of a formative evaluation. In addition, the elaboration of perceived the self-taught behaviour among the rehabilitants can provide first information about the effectiveness of the training (summative evaluation).

**Objectives.** The aim of the current study was the formative evaluation of the patient education Debora II during the implementation process. The focus was on the assessment of acceptance and feasibility by the therapists. In addition, both criteria were considered from the perspective of the rehabilitants. Furthermore, self-taught health-promotion behaviour as well as barriers and coping possibilities should be identified. A comparison of the results obtained is intended to serve as a basis for recommendations of actions for the improvement of the implementations process.

**Methods.** The research questions should be answered using the qualitative research approach. For this purpose, a focus group interview with involved experts was implemented within the implementation process with a sample about eight experts (N=8). The interview of the focus group of the experts lasted 45:40 minutes. In addition, the results of a previously implemented quality circle were added. This was carried out in the middle of the implementation with the help of 15 experts (N=15) from different disciplines. To obtain an overall picture, and thus also to improve the comparability of the results, four focus groups were also implemented with rehabilitants. In all, there was a total sample of 13 rehabilitants

(N=13) between the ages of 28 and 62, of whom 46.2% were female. These focus groups were divided into the non-depressive group (IG), the depressed group (IG<sub>depr</sub>), the non-depressive control group (KG) and the depressed control group (KG<sub>depr</sub>). The focus groups of the rehabilitants resulted in an interview duration of 23:19 to 37:25 minutes, with three to four rehabilitants each. The data sources were evaluated using the qualitative content analysis according to Mayring (2002, 2015) and the software MAXQDA 11.

**Results.** The results of the study suggest that the prerequisites for the effectiveness of the training 'Debora', with regard to the acceptance and feasibility, are given. But it was found out that the **acceptance** by the experts is limited. The imbalance between theory and practice, as well as the difficulties of understanding some topics on the part of the rehabilitants are essential factors. The high proportion of the theoretical content and lectures as well as the complexity of some topics such as the "ABC Schema" or the lecture "psychological comorbidity in chronic back pain" were described as unfavourable. The implementation process was also described as challenging by the experts. This demanded adjustments, which were made more difficult by the defensiveness of some experts and by a faulty allocation of the rehabilitants within the VMO. These results were also reflected within the quality circle. On the other hand, in both expert talks, the group dynamics was developed, which presented a new aspect within the orthopaedic rehabilitation clinic. Overall, it can be assumed that due to the low criticism of the training, the experts were satisfied with the selection of topics and content structuring. The results of the rehabilitants indicate good acceptance, which was reflected by the overall positive response in all focus groups. The competence of the therapists, the helpful exercises and tips were particularly highlighted in the interviews. The good group dynamics were also mentioned positively in this context. Only requests for change within the structures of the group sessions were specified in order to provide temporal resources for individual content.

There is also need for optimization relating to the **feasibility**. Challenges were perceived in this context by the experts in the independent development of a moment therapy concept, but also in the reorientation within the workplace. In this context, the defence of the company's own interests and resources was also at the forefront of the implementation, which also shows within the quality circle. The already described complexity of some content and the temporal framework conditions of the group meetings were mentioned as additional criticism. The intensive examination of the topics in the fixed framework of 60 minutes of group training and a 25-minute workshop was the focus of the criticism. The therapy planning also represented a problem factor, which manifested itself in numerous errors in planning and timing. At the beginning of the implementation, the rehabilitants complained about missing pre-information about the concept and the planned rehabilitation measures. The lack of understanding hindered the implementation of the training. This was confirmed by the quality circle. Indeed, the adjustment has already been initiated at the time of the quality circle. In addition, the

rehabilitants complained about the lack of a more flexible organization of the group meetings. Both within the focus group experts as well as in the quality circle, no learned **self-taught health-promoting behaviour** were perceived at the rehabilitants. This can be attributed to the fact that the focus of the experts as a whole was on the optimization of the training and the positive aspects were overlooked. The rehabilitants, on the other hand, observed self-taught health promoting behaviours with regard to the proximal and distal goals of the training. The acceptance of one's own situation and ability to act, the promotion of health behaviour through mindfulness, the improvement of one's own relaxation capacity, serenity and stress reduction as well as strength and motivation increases were mentioned explicitly.

**Barriers** were shown by the experts (overall) among the rehabilitants themselves. Internal factors made it more difficult to implement new health-promoting treatments. The motivation and volition of the rehabilitants as well as the scepticism, high expectations and discomfort of some subjects were identified as barriers. The concept itself and the implementation were also described as barriers. The module 2 "Emotions and Pain" was explicitly mentioned. In addition, the complexity of some topics has been identified as a negative basis which hindered the learning of self-taught health-promoting behaviours from the beginning.

In the opinion of the experts, the focus was on building and optimizing motivation for change and volition in the better implementation of health-promoting measures in rehabilitation. Through concrete change planning, positive experiences with learned training contents, increased social support and the perception of fun these should be promoted. Further, motivated and committed employees as well as a certain degree of self-determination and participation provide additional support. Also provide a set structure and planning to increase motivation through a predefined liability, support in the construction of new health-promoting treatments. Overall, it shows that overarching-therapies gives the rehabilitants a feeling of a holistic concept. Because of that the meaningfulness of the single elements get strengthen.

**Recommendations for action.** The whole results of this study suggest an increase in motivation and volition. This requires a better allocation of rehabilitants considering inclusion and exclusion criteria. The inclusion of screenings, such as the ADS (Hautzinger et al., 2012) or the PHQ-4 (Löwe et al., 2002), as well as the training of the experts involved in the selection process, could help to achieve optimal allocation. Increasing volunteerism on the part of the rehabilitants, by providing timely information about the content and the need for rehabilitation could also be helpful. A more customized adaption of the contents to the needs of the rehabilitants could support the identification with the training and its contents. In addition, the adaption of some content regarding to its complexity and a temporal adaption of the framework conditions are recommended. To increase feasibility and to optimize the implementation process, it is also recommended to set up a quality circle as well as professional support from an expert. This expert is to act as an advisor for the cooperation in the implementation

processes as well as a moderator in the quality circle. This can lead to an increase in the acceptance among the experts, which is also encouraged by a better involvement and participation of the experts.

**Conclusions.** The results of the present work provided decisive indications for the optimal implementation process and implementation of the patient education 'Debora II': Especially, the high value of increased participation and thus acceptance by the experts involved in this work was highlighted in view of the success of the implementation and the concept. The concrete actions provided hints for the improvement of the acceptance, feasibility, but also the implementation process, which provided support for the successful dissemination of the training into the routine care. This work clearly demonstrates the relevance of a successful implementation of a health promotion program within health care. It is also clear that this research field will need to be given more attention in the future in order to further increase the effectiveness of preventive programs and to maintain them in the long term. In conclusion, this work can be considered as an important contribution to the prevention of mental comorbidity in patients with chronic back pain. Through formative evaluation, it contributes to the improvement of the implementation of health-promoting concepts and the treatment quality in the VMO.