

Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB)

Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie

Gröndahl, Annika¹, Nadolny, Stephan^{1,2}, Grunwald, Marie¹, Schulenkorf, Tessa¹, Borhardt, Nina¹, Palmdorf, Sarah^{1,3}, Grammatico, Jessica¹, Ilskens, Karina¹, Grebe, Christian¹, Latteck, Anne-Dörte¹

¹ Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich, Hochschule Bielefeld
² Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
³ Niels-Stensen-Kliniken Franziskus-Hospital Harderberg, Stabsstelle Pflegewissenschaft, Georgsmarienhütte, Niedersachsen, Deutschland

Hintergrund

Zielgruppe

Menschen mit geistiger Behinderung

Problemlage

- höhere Prävalenz chronischer Krankheiten [1]
- schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung [2]
- seltener Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention [3]

Ansatz FaPP-MgB

Präventionsfokussiertes Case Management durch Pflegeexpertinnen

Fragestellung

Lässt sich durch spezialisiertes Case Management der Gesundheitsstatus von Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Regelversorgung verbessern?

Methoden

Intervention

Interventionsthemen

Bewegung, Ernährung, Stress und Sucht

Intervention durch die Pflegeexpertinnen

- 1) Sozialraumanalyse aller Stadtbezirke
- 2) Vier aufsuchende Hausbesuche mit strukturierter Bedarfserfassung
- 3) Partizipative Erstellung eines Präventionsplans und begleitete Umsetzung der Maßnahmen
- 4) Beratung der Teilnehmenden zu Themen der Gesundheitsförderung und Prävention

Kontrollintervention

Regelversorgung

Studiendesign

Randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartelistendesign in Hamburg

Einschlusskriterien

- ICD-10-Diagnose F70-79
- Alter \geq 18 Jahre
- Pflegegrad \leq 3

Randomisierung und Verblindung

- Blockrandomisierung der Teilnehmenden
- Verblindung der Forschenden während Datenerhebung und -auswertung

Primäres Outcome

- Gesundheitsstatus (WHODAS 2.0, proxy) nach 12 Monaten (t_2)

Sekundäre Outcomes

- Gesundheitsstatus nach 6 Monaten (t_1)
- Resilienz (RS-11, self) nach 6 (t_1) und 12 (t_2) Monaten
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-VAS, self und proxy) nach 6 (t_1) und 12 (t_2) Monaten

Datenanalyse

- Kovarianzanalysen (ANCOVAs)
- Kovariate: Baseline-Daten der Outcomes
- α -Niveau korrigiert nach Bonferroni auf 0,025

Ergebnisse

Stichprobe

214 Teilnehmende wurden randomisiert, 107 je Gruppe. Die Dropout-Rate bis t_2 betrug 17,3%.

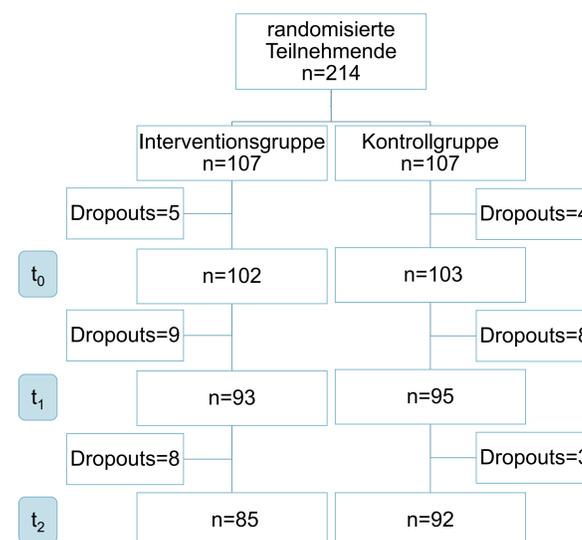


Abb. 1 Flowchart der Dropouts

Die soziodemographischen Daten zeigten keine relevanten Unterschiede.

		IG	KG	p-Wert
Alter in Jahren (SD)		40,27 (12,0)	42,34 (12,6)	0,231
	Geschlecht			
	weiblich	54,9%	51,5%	0,621
	männlich	45,1%	48,5%	
	divers	0%	0%	
Wohnsituation	allein	32,4%	27,5%	0,847
	in der Familie	5,9%	6,9%	
	ambulante Wohngruppe	38,2%	43,1%	
	stationär	23,5%	22,5%	
Unterstützung im Alltag (Mehrfachantwort)	ohne Unterstützung durch Familie/Freunde/Nachbarn	0%	0%	0,945
	durch professionelle Dienste	60,8%	57,8%	
		90,2%	94,1%	

Tab. 1 Soziodemographische Daten der Stichprobe

Outcomes

Im Gesundheitsstatus (WHODAS (0-100 Punkte, Werte \downarrow = Gesundheitsstatus \uparrow) wurde zu t_2 eine relevante Mittelwertsdifferenz von -4,58 Punkten zugunsten der Interventionsgruppe ($p=0,009$) erzielt.

Die Effektstärke lag bei $\eta^2=0,041$.

Für die sekundären Outcomes bestanden keine relevanten Mittelwertsdifferenzen, die über zufällige Effekte hinausgingen.

Zeitpunkt	Mittelwert (SD)		p-Wert
	IG	KG	
WHODAS			
t_0	35,89 (14,5)	35,50 (14,9)	0,850
t_1 (n=91/93)	36,00 (15,9)	37,03 (15,5)	0,602
t_2 (n=77/90)	32,30 (13,1)	36,88 (15,2)	0,009
RS-11			
t_0	53,41 (9,5)	54,85 (9,6)	0,283
t_1 (n=91/93)	53,88 (9,4)	54,28 (9,6)	0,660
t_2 (n=83/90)	55,18 (10,5)	53,23 (11,0)	0,050
EQ5D-Self			
t_0	66,69 (19,7)	66,67 (22,9)	0,995
T1 (n=92/93)	69,90 (22,7)	68,99 (23,5)	0,805
T2 (n=83/90)	67,17 (23,9)	67,89 (25,3)	0,720
EQ5D-Proxy			
t_0	67,13 (17,4)	61,07 (18,5)	0,017
t_1 (n=90/92)	66,52 (19,7)	64,34 (19,8)	0,718
t_2 (n=77/89)	65,81 (17,6)	61,89 (20,8)	0,766

Tab. 2 Outcomeparameter an t_0 - t_2

Schlussfolgerung

Präventionsfokussiertes Case Management in der Community geleitet durch Pflegeexpertinnen zeigte einen kleinen bis mittleren positiven, klinisch relevanten Effekt [4] auf den Gesundheitsstatus von Menschen mit geistiger Behinderung. Es bestanden jedoch keine relevanten Effekte auf die Resilienz oder gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Intervention kann somit einen Beitrag leisten, die Lücke in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung zu schließen und die Gesundheit zu verbessern.

[1] Liao, P., Vajdic, C., Trollor, J. & Reppermund, S. (2021). Prevalence and incidence of physical health conditions in people with intellectual disability - a systematic review. *PLoS One*, 16(8), e0256294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256294>

[2] Doherty, A. J., Atherton, H., Boland, P., Hastings, R., Hives, L., Hood, K. et al. (2020). Barriers and facilitators to primary health care for people with intellectual disabilities and/or autism: an integrative review. *BJGP Open*, 4(3), bjgpopen20X101030. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101030>

[3] Hanlon, P., MacDonald, S., Wood, K., Allan, L. & Cooper, S.-A. (2018). Long-term condition management in adults with intellectual disability in primary care: a systematic review. *BJGP Open*, 2(1), bjgpopen18X101445. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen18X101445>

[4] Katajapuu, N., Heinonen, A. & Saltychev, M. (2020). Minimal clinically important difference and minimal detectable change of the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) amongst patients with chronic musculoskeletal pain. *Clinical rehabilitation*, 34(12), 1506–1511. <https://doi.org/10.1177/0269215520942573>