

# **Telefonische Nachsorge bei Patientinnen und Patienten nach onkologischen Therapien**

Eine systematische Literaturarbeit

**Bachelor-Thesis**

Zürcher Corina

Matrikel-Nr. 15-268-808

Berner Fachhochschule Departement Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, VZ 15

Referent

Berner Markus, MScN

Thun, 23.07.2018

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung und Zielsetzung</b>	<b>5</b>
1.1 Ausgangslage und Problemdarstellung	5
1.2 Zielsetzung	6
<b>2 Fragestellung</b>	<b>7</b>
<b>3 Theoretischer Bezugsrahmen</b>	<b>8</b>
3.1 Onkologische Erkrankungen	8
3.1.1 Entstehung und Ursachen	8
3.1.2 Therapie	9
3.1.3 Pflege	10
3.2 Cancer Survivors	10
3.2.1 Definition	10
3.2.2 Besondere Bedürfnisse	11
3.3 Nachsorge nach onkologischen Therapien	12
3.3.1 Ärztliche Nachsorge	12
3.3.2 Nachsorge durch Pflegefachpersonen	12
3.3.3 Nachsorge im klinischen Setting	13
3.3.4 Telefonische Nachsorge	13
3.4 Patientenzufriedenheit	13
<b>4 Methode</b>	<b>15</b>
4.1 Literaturrecherche	15
4.1.1 Suchstrategie	15
4.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	18
4.2 Literaturauswahl und Studienanalyse	20
<b>5 Ergebnisse</b>	<b>22</b>
5.1 Tabellarische Übersicht	22
5.2 Synthese der Ergebnisse	30
5.2.1 Generelle Zufriedenheit	31
5.2.2 Zufriedenheit mit der Ausführung	32
5.2.3 Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen	33
5.2.4 Einschätzung der Kompetenz der Fachperson	33
5.2.5 Zufriedenheit mit dem Zugang zur Nachsorge	34
5.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	34

<b>6</b>	<b>Diskussion</b>	<b>36</b>
6.1	Diskussion der Ergebnisse	36
6.1.1	Vergleichbarkeit der Studien	36
6.1.2	Aussagekraft der Ergebnisse	38
6.1.3	Übertragbarkeit in die Praxis	41
6.2	Stärken und Schwächen der Literaturarbeit	44
6.3	Beantwortung der Fragestellung	45
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerung</b>	<b>46</b>
7.1	Empfehlungen für die Praxis	46
7.2	Forschungsbedarf	47
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>48</b>
<b>9</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>57</b>
<b>10</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>58</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b>	<b>59</b>
11.1	Bibliographien	59
11.1.1	Eingeschlossene Studien	59
11.1.2	Nach Volltext ausgeschlossene Studien	60
11.2	Selbständigkeitserklärung	62

## ABSTRACT

**Einleitung:** Pro Jahr erkranken 40'000 Schweizerinnen und Schweizer neu an einer bösartigen Tumorart. Die Zahl der Neuerkrankungen hat zugenommen, wohingegen die Sterblichkeit abgenommen hat. Dadurch steigt der Bedarf an guter Nachsorge. Herkömmliche Nachsorgemodelle stossen an ihre Grenzen, weshalb neue Modelle gefragt sind. Die telefonische Nachsorge ist ein mögliches Modell. Dabei stellt sich die Frage, wie sich die telefonische Nachsorge nach onkologischen Therapien gegenüber der Standardnachsorge im klinischen Setting auf die Patientenzufriedenheit auswirkt.

**Methode:** Es wurde eine systematische Literaturrecherche auf den Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL, Cochrane und Web of Science gemacht. Anhand vorgängig definierter Ein- und Ausschlusskriterien wurden sieben quantitative Studien eingeschlossen.

**Ergebnisse:** Die telefonische Nachsorge durch Pflegefachpersonen hatte nur in einer Studie eine positive Auswirkung auf die generelle Patientenzufriedenheit, in allen anderen Studien unterschied sie sich nicht von der Zufriedenheit mit der Standardnachsorge. Die Zufriedenheit mit der Ausführung der telefonischen Nachsorge war insgesamt höher, als bei der Standardnachsorge, jedoch gab es auch Studien, welche in Teilaspekten der Ausführung keine signifikanten Unterschiede feststellten. Auch auf die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, mit der Kompetenz und mit dem Zugang hatte die telefonische Nachsorge keine eindeutigen Auswirkungen.

**Diskussion:** Die Vergleichbarkeit der Studien wurde durch unterschiedliche Populationen, Messinstrumente und Zeitpunkte der Messungen eingeschränkt. Ausserdem wurden die Resultate einiger Studien nicht vollständig dargestellt und die Stichprobengrössen waren eher klein, was die Aussagekraft der Ergebnisse einschränkt. Zudem erwiesen sich die meisten signifikanten Unterschiede als klinisch nicht relevant. Unterschiedlichen Umstände vermindern die Übertragbarkeit, sodass die telefonische Nachsorge vor der Implementierung in der Schweiz getestet werden müsste.

**Schlussfolgerungen:** Trotz einiger Einschränkungen bezüglich der Vergleichbarkeit und der Aussagekraft, geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass die Patientenzufriedenheit bei den beiden Nachsorgemodellen ähnlich ist, sodass die telefonische Nachsorge als Alternative zur Standardnachsorge eingesetzt werden könnte. Weitere Studien zum Vergleich der Modelle bezogen auf andere Qualitätsindikatoren und zur Überprüfung der Machbarkeit in der Schweiz sind nötig.

**Keywords:** telephone follow-up, nurse-led, cancer, patient satisfaction

# 1 EINLEITUNG UND ZIELSTETZUNG

## 1.1 Ausgangslage und Problemdarstellung

Jedes Jahr erkranken in der Schweiz ungefähr 40'000 Menschen neu an bösartigen Tumorerkrankungen und ungefähr 16'500 bereits Erkrankte sterben (Arndt et al., 2016; Goldhammer & Rössig, 2012). Die Zahl der Neuerkrankungen hat laut Arndt et al. (2016) in den letzten 30 Jahren zugenommen, wohingegen die Sterblichkeit abgenommen hat. Dieser Anstieg der Überlebensrate kann hauptsächlich auf die verbesserte Früherkennung und die Steigerung der Therapiequalität zurückgeführt werden (Arndt et al., 2016; Becker, Dörr, & Leiter-Stöppke, 2012). Es gibt laut Menche und Brandt (2013) verschiedene Therapiearten zur Behandlung von onkologischen Erkrankungen. Sie können durch Radiotherapie, medikamentöse Therapien oder durch eine Operation bekämpft werden (Erbar, 2000; Menche & Brandt, 2013; Goldhammer & Rössig, 2012).. Meist werden multimodale Therapiekonzepte angewandt, das heisst mehrere Therapiearten werden kombiniert (Menche & Brandt, 2013). Menschen, die mit einer Tumordiagnose leben oder eine Tumorbehandlung abgeschlossen haben, werden „Cancer Survivors“ genannt (Denlinger et al., 2014). Sie haben sowohl ein grösseres Bedürfnis nach gesundheitlicher Versorgung, als auch ein grösseres Risiko für die Entwicklung weiterer Tumoren (Ess & Hermann, 2014). Laut Becker et al. (2012) erhöht sich mit der steigenden Überlebensrate zugleich auch der Bedarf an Nachsorge für Patientinnen und Patienten, welche eine Tumorbehandlung abgeschlossen haben. Ziele einer solchen Nachsorge sind die Stärkung der physischen und psychischen Rehabilitation und die Früherkennung von Tumorrezidiven oder Zweittumoren (Becker et al., 2012). Laut dem Krebsinformationsdienst (2014) wird die onkologische Nachsorge meist so lange fortgesetzt, bis das Risiko für ein Tumorrezidiv klar gesunken ist, durchschnittlich sind das ungefähr fünf Jahre. Die Patientin oder der Patient besucht den zuständigen Arzt dabei zuerst in kleineren, später in immer grösseren Abständen (Krebsinformationsdienst, 2014). Untersuchungen bezüglich der Zufriedenheit mit der ärztlichen Nachsorge bei Brustkrebspatientinnen haben gezeigt, dass die Nachsorgeuntersuchungen oft als zu kurz empfunden werden, die Kontinuität unbefriedigend ist und zu wenig über das psychische Empfinden gesprochen werden kann (Pennery & Mallet, 2000). Deshalb wird im angelsächsischen Raum die Nachsorge zunehmend durch sogenannte „Follow-Up-Nurses“, spezialisierte Pflegefachpersonen, gewährleistet, welche wiederum Teil von interdisziplinären Teams sind (Kirsch & De Geest, 2012). Laut Hasler-Strub (2014) ist die Nachsorge in der Schweiz meist Aufgabe des Arztes. Da so nicht allen Anliegen der Betroffenen genügend Beachtung geschenkt

werden kann, hat das Brustzentrum St. Gallen im Jahr 2008 ein zusätzliches Beratungsangebot durch Pflegefachpersonen implementiert (Hasler-Strub, 2014), denn Pflegende können einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der Betreuungsqualität von Cancer Survivors leisten (Kirsch & De Geest, 2012). Durch die steigende Anzahl Cancer Survivors, und deren sich verändernden Bedürfnissen, steigt auch die Nachfrage nach Nachsorgeangeboten, welche zu Hause stattfinden (Macmillan Cancer Support, 2014). Dennis et al. (2013) haben untersucht, wie sich telefonische Beratung anstelle von Arzt- und Krankenhausbesuchen bei chronisch Kranken auswirkt. Es konnte gezeigt werden, dass diese Art der Beratung positiven Einfluss auf das Befinden und den Krankheitsverlauf der Erkrankten haben kann (Dennis et al., 2013).

## **1.2 Zielsetzung**

Aufgrund der Ausgangslage ist das Ziel dieser Arbeit, eine optimale Nachsorge für Patientinnen und Patienten, welche eine onkologische Therapie abgeschlossen haben, zu finden. Die Arbeit will herausfinden, welche Aspekte der Nachsorge die Patientenzufriedenheit beeinflussen, und aus den Ergebnissen Empfehlungen für die Praxis ableiten. Eine gute Nachsorge könnte zu Kosteneinsparungen führen, ein weiteres pflegerisches Handlungsfeld eröffnen und die pflegerische Betreuung im ambulanten Setting ausbauen. Die Patientinnen und Patienten sollen dabei im Zentrum stehen und die Nachsorge auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sein.

## 2 FRAGESTELLUNG

Basierend auf die Problemstellung und die daraus resultierenden Ziele, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit folgender Frage:

Wie wirkt sich bei Patientinnen und Patienten, welche eine onkologische Therapie abgeschlossen haben, die telefonische Nachsorge durch Pflegefachpersonen gegenüber der Standardnachsorge im klinischen Setting auf die Zufriedenheit aus?

Die Patientenzufriedenheit wird als ein möglicher Indikator zur Überprüfung der Nachsorgequalität angesehen (Steffen, 2004) und soll den Vergleich zwischen den beiden Nachsorgemodellen ermöglichen. Im theoretischen Bezugsrahmen wird darauf und auf weitere Konzepte näher eingegangen.

### **3 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN**

Der theoretische Bezugsrahmen dieser Arbeit beinhaltet die Themen onkologische Erkrankungen, Cancer Survivors, Nachsorge nach onkologischen Therapien und Patientenzufriedenheit. Diese Themen wurden gewählt, da sie sich auf die Fragestellung beziehen und helfen sollen, die dahinterstehenden Konzepte und Theorien zu verstehen. Nachfolgend werden sie definiert und es wird auf die verschiedenen Aspekte der Themen eingegangen.

#### **3.1 Onkologische Erkrankungen**

##### **3.1.1 Entstehung und Ursachen**

Es gibt verschiedene Begriffe, welche in Zusammenhang mit onkologischen Erkrankungen stehen. Laut Goldhammer und Rössig (2012) und Pleyer (2012) bezeichnet der Begriff „Tumor“ eine lokale Gewebsschwellung und wird für das unkontrollierte Wachstum von Körperzellen angewandt. Unterschieden wird zwischen benignen, malignen und semimaligen Tumoren (Erbar, 2000; Menche & Brandt, 2013). Benigne, auch gutartige Tumore genannt, sind Neubildungen, welche das umliegende Gewebe verdrängen, es aber nicht zerstören (Goldhammer & Rössig, 2012). Kennzeichnend für benigne Tumore ist, dass sie langsam wachsen, nicht metastasieren und selten tödlich enden (Erbar, 2000; Nennstiel, 2013). Maligne Tumore wachsen schnell, invasiv und destruierend, bilden Metastasen und führen unbehandelt zum Tod (Erbar, 2000; Nennstiel, 2013). Laut Erbar (2000) und Nennstiel (2013) unterscheiden sich semimaligne Tumore von malignen Tumoren, indem sie zwar invasiv und zerstörend sind, jedoch keine Metastasen bilden. Neoplasien sind pathologische Neubildungen, welche sowohl gutartig, wie auch bösartig sein können (Goldhammer & Rössig, 2012). Sie sind auf eine Veränderung der DNA der Zellen zurückzuführen (Erbar, 2000; Krebsliga Schweiz, o.J.-b). Die Körperzellen sind normalerweise in der Lage solche Veränderungen zu erkennen und zu beseitigen, jedoch können unterschiedliche Faktoren dazu führen, dass dies nicht geschieht (Goldhammer & Rössig, 2012). Zu diesen Risikofaktoren gehören der physiologische Alterungsprozess, genetische Faktoren, äussere Einflüsse wie Viren oder Schadstoffe und der individuelle Lebensstil mit beispielsweise einseitiger Ernährung oder Bewegungsmangel (Arndt et al., 2016; Erbar, 2000; Krebsliga Schweiz, o.J.-b). Fallen die Reparaturmechanismen aus, beginnt sich die Zelle unkontrolliert zu teilen und in die Umgebung einzudringen (Erbar, 2000; Goldhammer & Rössig, 2012). Dafür benötigt das bösartige Tumorgewebe eine gute Blutversorgung (Nennstiel, 2013). Um dies zu gewährleisten locken die Tumorzellen

Blutgefäße durch bestimmte Substanzen an (Goldhammer & Rössig, 2012). Laut Nennstiel (2013) führen diese Blutgefäße nicht nur zu einer optimalen Nährstoffversorgung, sondern erleichtern auch die Bildung von Ablegern, sogenannten Metastasen. Sie entstehen, indem Tumorzellen in Blut- oder Lymphbahnen dringen und sich an einem anderen Ort absetzen (Erbar, 2000; Nennstiel, 2013). Solche Metastasen können lebenswichtige Organe befallen, was ohne Therapie meist tödlich endet (Goldhammer & Rössig, 2012). Die Symptomatik von Tumorerkrankungen zeigt sich meist unspezifisch und Frühsymptome treten nur selten auf (Goldhammer & Rössig, 2012). Damit ein Tumor mit den heutigen diagnostischen Mitteln erkannt werden kann, muss er bereits eine grosse Zellzahl gebildet haben (Erbar, 2000). Zu den diagnostischen Mitteln gehören die bildgebende Diagnostik, die Anamnese, die körperliche Untersuchung, die histologische Untersuchung gewonnenen Gewebes und der Nachweis von Tumormarkern (Menche & Brandt, 2013; Pleyer, 2012).

### 3.1.2 Therapie

Laut Goldhammer und Rössig (2012) und Pleyer (2012) gibt es verschiedene Therapiearten und -ziele. Welche Behandlungsart gewählt wird, hängt dabei vom Ziel, von der Diagnose, dem Tumorstadium, dem Allgemeinzustand und dem Behandlungswunsch der Patientin oder des Patienten ab (Goldhammer & Rössig, 2012). Als Behandlungsmöglichkeiten nennen Goldhammer und Rössig (2012) die kurative Behandlung, mit dem Ziel der Heilung, die palliative Behandlung, mit dem Ziel der Symptomlinderung und die supportive Behandlung, mit dem Ziel, unerwünschte Wirkungen und Komplikationen der Tumorbehandlung zu vermindern. Um diese Ziele zu erreichen, werden laut Menche und Brandt (2013) meist verschiedene Behandlungsformen kombiniert. Zu den klassischen Behandlungsformen gehören die Radiotherapie, die Tumorchirurgie und die medikamentöse Therapien, zu welchen die Chemotherapie mit Zytostatika, die Hormontherapie und die Antikörpertherapie gehören (Goldhammer & Rössig, 2012; Pleyer, 2012). Zytostatika sind Zellgifte, welche die zellulären Wachstumsvorgänge blockieren (Menche & Brandt, 2013; Pleyer, 2012). Durch ihre hohe Wachstumsrate sind Tumorzellen besonders anfällig, durch Zytostatika blockiert und zerstört zu werden (Erbar, 2000; Goldhammer & Rössig, 2012). Dahingegen greifen Antikörper, welche im Rahmen von Antikörpertherapien eingesetzt werden, die Tumorzellen zielgerichteter an, da sie deren Oberflächenmerkmale erkennen und sie durch Aktivierung weiterer Mechanismen zerstören (Goldhammer & Rössig, 2012). Neben der Chemo- und der Antikörpertherapie gehören laut Goldhammer und Rössig (2012) Hormontherapien zu den medikamentösen Behandlungsformen. Durch Hormone und Medikamente mit antihormoneller Wirkung können hormonell

beeinflussbare Tumoren im Wachstum behindert werden (Goldhammer & Rössig, 2012; Pleyer, 2012). Die Radiotherapie nutzt ionisierende Strahlung, um die strahlenempfindlicheren Tumorzellen zu zerstören (Menche & Brandt, 2013). Dabei werden die Strahlen entweder von aussen auf die betroffene Körperstelle gerichtet, oder es werden radioaktive Substanzen direkt in das Tumorgewebe eingebracht (Krebsliga Schweiz, o.J.-a). Bei lokal begrenzten Tumoren bestehen grosse Heilungschancen durch die möglichst vollständige operative Entfernung des malignen Gewebes (Goldhammer & Rössig, 2012).

### 3.1.3 Pflege

Laut Menche und Brandt (2013) gestalten sich die pflegerischen Aufgaben je nach onkologischer Erkrankung unterschiedlich, jedoch zeichnen sich unabhängig der Art gewisse Problemfelder ab. Dazu gehören die stark lebeenseinschränkenden Symptome, die unerwünschten Wirkungen der Therapien und die psychische Auseinandersetzung mit der Diagnose (Menche & Brandt, 2013). Aufgabe der Pflegefachpersonen ist es, die Patientinnen und Patienten in diesen Problemfeldern zu unterstützen, zu beraten und präventiv zu handeln (Menche & Brandt, 2013). Daneben verabreichen sie Therapien, kontrollieren die Reaktion der Patientin oder des Patienten auf die Therapie und begleiten Angehörige (Jenkins, 1996). Doch nicht nur während einer Behandlung brauchen die Betroffenen Unterstützung, sondern auch danach haben sie Bedürfnisse, über welche Pflegefachpersonen Kenntnisse haben und welche durch Nachsorgemodelle abgedeckt werden sollten. Nachfolgend wird auf die besonderen Bedürfnisse von Cancer Survivors eingegangen und es wird erklärt, wer als Cancer Survivor bezeichnet wird.

## 3.2 Cancer Survivors

### 3.2.1 Definition

Menschen, die an einer onkologischen Erkrankung leiden, werden laut Ess und Hermann (2014) im angelsächsischen Raum „Cancer Survivors“ genannt. Die Krebsliga Ostschweiz (o.J.) definiert „Cancer Survivorship“ als die Zeit unmittelbar nach Behandlungsabschluss bis Jahre danach. Die American Society of Clinical Oncology (2016) wiederum sagt, dass „Cancer Survivorship“ zwei Bedeutungen hat. Einerseits bedeutet es, keine Symptome nach Abschluss der onkologischen Behandlung mehr zu haben, andererseits beginnt Cancer Survivorship bei der Diagnose und beinhaltet auch Personen, welche über eine lange Zeit onkologisch behandelt werden (American Society of Clinical Oncology, 2016). Laut Katz (2012) wird in der Forschung und der Politik eine

genaue Definition benötigt, jedoch ist die Definition für die Betroffenen nebensächlich. Ihr Leben hat sich auf jeden Fall verändert, unabhängig davon wie sie genannt werden (Katz, 2012). Laut Mullan (1985), einem Arzt und Cancer Survivor, gibt es drei Phasen des Überlebens. Die erste Phase des akuten Überlebens beginnt mit der Diagnose und endet mit dem Abschluss der primären onkologischen Behandlung (Mullan, 1985). Die zweite Phase, die Phase des erweiterten Überlebens, startet mit dem Abschluss der Behandlung und betrifft die Zeit der Remission, eine Zeit in der die Symptome nachlassen, jedoch noch keine vollständige Heilung eingetreten ist (Mullan, 1985). In dieser Phase ist es besonders wichtig, aufmerksam zu sein, um Wiedererkrankungen, sogenannte Rezidive, so früh als möglich zu erkennen und zu behandeln (Katz, 2012). Die dritte und letzte Phase wird als Phase des permanenten Überlebens oder als Heilung bezeichnet (Mullan, 1985). Doch auch Personen, die sich in der letzten Phase befinden, leben mit körperlichen, emotionalen, finanziellen und sozialen Folgen (Katz, 2012). Folglich haben Cancer Survivors besondere Bedürfnisse, unabhängig davon, in welcher Phase sie sich befinden. Um eine gute Nachsorge gewährleisten zu können, muss man diese Bedürfnisse kennen. Deshalb wird im nachfolgenden Abschnitt darauf eingegangen.

### 3.2.2 Besondere Bedürfnisse

Viele Cancer Survivors erleben physische und psychosoziale Auswirkungen von onkologischen Erkrankungen und ihren Therapien auf ihr Leben (Denlinger et al., 2014). Sie haben deshalb grössere Bedürfnisse nach gesundheitlicher Versorgung als die Durchschnittsbevölkerung (Ess & Hermann, 2014). Dazu gehören laut Denlinger et al. (2014) die Prävention von neuen oder wiederauftretenden Neoplasien, die Überwachung des Verlaufs und die Erfassung von psychosozialen und medizinischen Spätfolgen. Daneben sollten Massnahmen gegen die direkten Folgen der Erkrankung und Therapie getroffen werden und die Pflege im akuten und spezialisierten Setting koordiniert werden (Denlinger et al., 2014). Laut der Krebsliga Ostschweiz (o.J.) gehören zu den häufigsten körperlichen Folgen Ernährungs- und Verdauungsprobleme, tumorbedingte Fatigue, chronische Schmerzen und therapiebedingte körperliche Beeinträchtigungen. Häufig auftretende psychosoziale Folgen sind die Angst vor der Wiedererkrankung, Körperbildveränderungen, Depressionen und die Neuorientierung im sozialen Umfeld (Krebsliga Ostschweiz, o.J.). Um diesen besonderen Bedürfnissen gerecht zu werden, wurden Nachsorgeprogramme für Patientinnen und Patienten entwickelt, welche eine onkologische Therapie abgeschlossen haben. Im folgenden Abschnitt werden die unterschiedlichen Nachsorgemodelle aufgezeigt.

### 3.3 Nachsorge nach onkologischen Therapien

Nachsorge wird als die ärztliche Betreuung einer Patientin oder eines Patienten nach einer Krankheit oder einer Operation definiert (Dudenredaktion, o.J.). Erbar (2000) versteht unter Tumornachsorge die Patientennachbetreuung nach einer durchgeführten primären onkologischen Therapie. Ziele der Tumornachsorge sind das frühzeitige Entdecken von Rezidiven, das Management der Folgen und das Monitoring der generellen Gesundheit der Betroffenen (American Society of Clinical Oncology, 2016). Kuczer (2015) nennt zudem die bestmögliche Wiederherstellung der Lebensqualität als wichtiges Ziel der Nachsorge.

#### 3.3.1 Ärztliche Nachsorge

Oft übernimmt die Ärztin oder der Arzt die Nachsorge, welche oder welcher die Diagnose gestellt und die Therapie verordnet hat (Weiermann, 2017). Laut dem Krebsinformationsdienst (2014) wird die Nachsorge meist so lange durchgeführt, bis das Wiedererkrankungsrisiko deutlich gesunken ist. Im Durchschnitt sind das ungefähr fünf Jahre (Krebsinformationsdienst, 2014). Wie oft Nachsorgetermine angeordnet werden, variiert laut Erbar (2000) und Nagel (2010) und ist von der jeweiligen Diagnose abhängig. Zu Beginn werden Nachsorgeuntersuchungen täglich oder wöchentlich durchgeführt, dann alle paar Monate und später meist einmal pro Jahr (Nagel, 2010). Das Gespräch und die Anamnese als zentrale Punkte der Nachsorge werden durch diagnostische Massnahmen, beispielsweise Blutentnahmen, bildgebende Untersuchungen oder endoskopische Verfahren, ergänzt (Krebsinformationsdienst, 2014). Um, trotz der unterschiedlichen Bedürfnisse der Betroffenen, eine möglichst einheitliche Nachsorge zu gewährleisten, wurden für die häufigsten Tumorarten von Arbeitsgruppen, wie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, Leitlinien zur Nachsorge erarbeitet (Kuczer, 2015).

#### 3.3.2 Nachsorge durch Pflegefachpersonen

Da laut Hasler-Strub (2014) die ärztliche Nachsorge nicht allen Anliegen gerecht werden konnte, wurde im Brustzentrum St. Gallen zusätzlich eine nichtärztliche Beratung aufgebaut. Dieses pflegerische Angebot stiess bei den Patientinnen auf Skepsis und wurde nach drei Jahren aufgehoben (Hasler-Strub, 2014). Dahingegen nimmt die pflegerische Nachsorge in Grossbritannien bereits eine wichtige Rolle ein (Davies & Bateup, 2011). Ein Grund für die Einführung dieses Modells ist die Überlastung des Gesundheitssystems, welche dazu führt, dass Pflegende zur Entlastung immer mehr ärztliche Aufgaben übernehmen (Doyal & Cameron, 2000). Mehrere Studien konnten

aufzeigen, dass dieses Modell im Vergleich mit der ärztlichen Nachsorge keine Nachteile und teilweise sogar Vorteile bringt (K. Cox et al., 2006; Knowles et al., 2007; Moore et al., 2002). Wie bei der ärztlichen Nachsorge, variieren auch bei der pflegerischen Nachsorge die Häufigkeit und Durchführungsart je nach Land und Diagnose (de Leeuw & Larsson, 2013; Faithfull, Corner, Meyer, Huddart, & Dearnaley, 2001; Moore, Corner, & Fuller, 1999).

### 3.3.3 Nachsorge im klinischen Setting

Der Begriff „klinisch“ bezeichnet etwas, das in einer Klinik oder einem Krankenhaus stattfindet (Dudenredaktion, o.J.). Die Nachsorge im klinischen Setting findet also in einem Krankenhaus oder einer ambulanten Klinik statt. In England wurden dafür Kliniken aufgebaut, welche auf die Nachsorge spezialisiert sind und dort ambulant Patientinnen und Patienten nach ihren Therapien betreuen (Crocker, 2003). Es gibt sowohl Nachsorgekliniken, die von Ärztinnen und Ärzten geführt werden (Griffiths, Barber, Cuthbertson, & Young, 2006), wie auch Kliniken, die von Pflegefachpersonen geleitet werden (Gradwell, Thomas, English, & Williams, 2002). So werden von den englischen Nachsorgekliniken, welche sich auf die Nachsorge nach einer Behandlung auf der Intensivstation spezialisiert haben, mittlerweile über die Hälfte von Pflegefachpersonen geführt (Griffiths et al., 2006).

### 3.3.4 Telefonische Nachsorge

Das Telefon ist nur eines von mehreren Telekommunikationsmitteln, die für die Nachsorge zu Hause benutzt werden können (A. Cox et al., 2017). Es hat sich bei anderen Erkrankungen bereits als geeignetes Mittel erwiesen (Dennis et al., 2013) und wird deshalb auch bei Cancer Survivors getestet (Dixon et al., 2018; Li, Zhang, & Xu, 2014; Williamson, Chalmers, & Beaver, 2015). Laut dem systematischen Review von Mistiaen und Poot (2006) kann telefonische Nachsorge auf sehr unterschiedliche Art und Weise durchgeführt werden. Die Häufigkeit der Telefonanrufe variierte bei den 33 analysierten Studien von einem Anruf bis zu 32 Anrufen innerhalb von drei Monaten (Mistiaen & Poot, 2006). Die Konsultationen können je nach Nachsorgemodell strukturiert sein und bestimmte Fragen enthalten, die gestellt werden müssen, oder sie können unstrukturiert verlaufen (Mistiaen & Poot, 2006).

## 3.4 Patientenzufriedenheit

Qualität ist eines der wichtigsten Merkmale von Versorgungsleistungen (Berner Fachhochschule, 2013). Es gibt verschiedene Indikatoren, um die Qualität zu messen, die Patientenzufriedenheit ist eine davon (Zahnd, 2018). Diese Arbeit untersucht die

Patientenzufriedenheit, da es für die Beziehung zwischen dem Pflegefachpersonal und den Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist, ihre Sichtweisen zu verstehen (Locker & Dunt, 1978). Patientinnen und Patienten werden innerhalb des Gesundheitswesens vermehrt als Kundinnen und Kunden angesehen, die man durch Kundenorientierung zufrieden zu stellen versucht (Zimmermann, Kessler, & Funk, 2016). Die Patientenzufriedenheit, dazu gehören die Einstellungen, Vorlieben und Meinungen der Patientinnen und Patienten, gilt deshalb als wichtiger Qualitätsindikator im Gesundheitswesen (Steffen, 2004). Sie eignet sich als Indikator, weil sie wenig indikationsspezifisch ist und sehr viele Dimensionen des Alltags des Gesundheitswesens abbilden kann (Gemperli, 2016). Im Allgemeinen entwickelt sich Kundenzufriedenheit gemäss dem Confirmation-Disconfirmation-Modell durch den Vergleich zwischen der Soll-Leistung und der Ist-Leistung (Gehrlach, 2016). Zufriedenheit entsteht, wenn dieser Abgleich positiv ausfällt, wenn die Erwartungen also erfüllt oder übertroffen werden (Gehrlach, 2016). Das Konstrukt der Patientenzufriedenheit konnte laut Zimmermann et al. (2016) jedoch bis heute weder einheitlich definiert, noch dessen Entstehung wirklich geklärt werden, weshalb auch keine einheitlichen Messansätze und –instrumente bestehen.

## 4 METHODE

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit erläutert. Die Literaturrecherche mit den enthaltenen Suchstrategien und den Ein- und Ausschlusskriterien wird dargestellt, ausserdem wird der Prozess der Literatúrauswahl beleuchtet und die Analyse der gefundenen Studien erklärt.

### 4.1 Literaturrecherche

#### 4.1.1 Suchstrategie

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum zwischen Februar und April 2018 auf den Datenbanken MEDLINE via PubMed, CINAHL, Cochrane und Web of Science durchgeführt. Dazu wurden die Schlagworte „Telephone“, „Aftercare“ / „Secondary Care“, „Nurse“, „Neoplasms“ / „Carcinoma“ und „Patient Satisfaction“ definiert. „Neoplasms“ wurde nicht mit „Therapeutics“ / „Therapy“ kombiniert, da in der Definition des Begriffs „Aftercare“ die Therapie eingeschlossen ist (Collins English Dictionary, n.d.). Die Schlagworte wurden als MeSH-Begriffe mit dem Operator „AND“ verknüpft und durch die Textworte „telephone“, „secondary care“ / „aftercare“ / „follow-up“, „nurses“ / „nurse-led“, „patient satisfaction“, „neoplasms“ / „carcinoma“ / „tumor“ / „cancer“ ergänzt. Als Filter wurde eine Zeitspanne von zehn Jahren gewählt, damit die Aktualität der Ergebnisse gewährleistet wird. Ausserdem wurden nur Studien mit einem Abstract einbezogen, da ohne Abstract nicht geprüft werden kann, ob sich ein Artikel zur Bearbeitung eignet. Als weitere Filter wurden die Sprachen Deutsch und Englisch gewählt, da die Autorin nur diese Sprachen genügend beherrscht, um die Artikel bearbeiten zu können. Die systematische Literatursuche auf den vier Datenbanken wurde durch eine Handsuche auf Google Scholar ergänzt.

Nachfolgend werden die Suchstrategien der vier Datenbanken in der Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchstrategien

Datenbank	Schlag- und Textwort & Operatoren	Filter / Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
MEDLINE via PubMed	((((("Telephone"[Mesh]) OR telephone)) AND (((("Aftercare"[Mesh]) OR "Secondary Care"[Mesh]) OR aftercare) OR secondary care) OR follow-up)) AND (((("Nurses"[Mesh]) OR nurses) OR nurse-led)) AND (("Patient Satisfaction"[Mesh]) OR patient satisfaction)) AND (((("Neoplasms"[Mesh]) OR neoplasms) OR carcinoma) OR tumor) OR cancer)	Abstract  Published in the last 10 years  German; English	29	7
CINAHL	<b>S1</b> (MH "Telephone+") <b>S2</b> telephone <b>S3</b> S1 OR S2 <b>S4</b> (MH "After Care") <b>S5</b> (MH "Secondary Health Care") <b>S6</b> aftercare <b>S7</b> secondary care <b>S8</b> follow-up <b>S9</b> S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 <b>S10</b> (MH "Nurses+") <b>S11</b> nurses <b>S12</b> nurse-led <b>S13</b> S10 OR S11 OR S12 <b>S14</b> (MH "Patient Satisfaction") <b>S15</b> patient satisfaction <b>S16</b> S14 OR S15 <b>S17</b> (MH "Neoplasms+") <b>S18</b> neoplasms <b>S19</b> carcinoma <b>S20</b> tumor <b>S21</b> cancer <b>S22</b> S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 <b>S23</b> S3 AND S9 AND S13 AND S16 AND S22	Abstract  Published Date: 2008-2018  Language: English, German	31	5

Fortsetzung Tabelle 1: Suchstrategien

Datenbank	Schlag- und Textwort & Operatoren	Filter / Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Cochrane	<p><b>#1</b> MeSH descriptor: [Telephone] explode all trees</p> <p><b>#2</b> telephone:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#3</b> #1 or #2</p> <p><b>#4</b> MeSH descriptor: [Aftercare] explode all trees</p> <p><b>#5</b> MeSH descriptor: [Secondary Care] explode all trees</p> <p><b>#6</b> aftercare:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#7</b> secondary care:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#8</b> follow-up:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#9</b> #4 or #5 or #6 or #7 or #8</p> <p><b>#10</b> MeSH descriptor: [Nurses] explode all trees</p> <p><b>#11</b> nurses:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#12</b> nurse-led:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#13</b> #10 or #11 or #12</p> <p><b>#14</b> MeSH descriptor: [Neoplasms] explode all trees</p> <p><b>#15</b> cancer:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#16</b> neoplasms:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#17</b> carcinoma:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#18</b> tumor:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#19</b> #14 or #15 or #16 or #17 or #18</p> <p><b>#20</b> MeSH descriptor: [Patient Satisfaction] explode all trees</p> <p><b>#21</b> patient satisfaction:ti,ab,kw (Word variations have been searched)</p> <p><b>#22</b> #20 or #21</p> <p><b>#23</b> #3 and #9 and #13 and #19 and #22</p>	Publication Year from 2008 - 2018	17	3

Fortsetzung Tabelle 1: Suchstrategien

Datenbank	Schlag- und Textwort & Operatoren	Filter / Limiten	Anzahl gefundene Studien	Anzahl verwendete Studien
Web of Science	#1 TOPIC: (telephone) #2 TOPIC: (aftercare) #3 TOPIC: (secondary care) #4 TOPIC: (follow-up) #5 #2 OR #3 OR #4 #6 TOPIC: (nurses) #7 TOPIC: (nurse-led) #8 #6 OR #7 #9 TOPIC: (neoplasms) #10 TOPIC: (cancer) #11 TOPIC: (tumor) #12 TOPIC: (carcinoma) #13 #9 OR #10 OR #11 OR #12 #14 TOPIC: (patient satisfaction) #15 #1 AND #5 AND #8 AND #13 AND #14	Language English OR German  Timespan: 2008- 2018	53	5

#### 4.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Die gefundenen Studien wurden geprüft und anhand vorgängig definierter Kriterien ein- oder ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden Studien, deren Stichproben aus erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer abgeschlossenen onkologischen Behandlung bestehen. Studien, deren Probandinnen und Probanden nicht volljährig sind, deren Stichproben sich auf Patientinnen und Patienten beziehen, die weiterhin onkologisch therapiert werden oder deren Probandinnen und Probanden von einer aussergewöhnlichen, durch die Therapie ausgelösten Lebensveränderung betroffen sind, wurden ausgeschlossen. Grund dafür ist, dass diese Populationen eine besondere Nachsorge benötigen und somit die Ergebnisse solcher Studien schlecht übertragbar sind. Eingeschlossen wurden zudem Studien, deren Intervention aus einer umfassenden Nachsorge besteht und per Telefon ausgeführt wird. Ein weiteres Einschlusskriterium war, dass die Intervention von Pflegefachpersonen ausgeübt wird. Dahingegen wurden Studien ausgeschlossen, deren Intervention durch andere Gesundheitsfachpersonen ausgeführt werden, da diese Arbeit pflegespezifisch ausgerichtet ist. Die Durchführung der Intervention mithilfe anderer Telekommunikationsmittel als das Telefon, galt als weiteres Ausschlusskriterium. Auch Studien, deren Nachsorge alleine auf eine bestimmte Art der Nachsorge fokussieren, beispielsweise auf den Symptomsupport oder die Patientenedukation, wurden ausgeschlossen, da diese Arbeit Empfehlungen für eine umfassende Nachsorge geben will. Ein weiteres Einschlusskriterium war das

Vorhandensein einer Kontrollgruppe oder eines Vergleichs mit der Standardnachsorge im klinischen Setting, damit geprüft werden kann, welche Art der Nachsorge zu einer höheren Patientenzufriedenheit führt. Studien, welche keinen Vergleich ziehen, wurden ausgeschlossen. Eingeschlossen wurden alle Studienarten, ausser Pilotstudien, Machbarkeitsstudien oder Studien zur Kostenanalyse, da deren Ziele sich nicht mit den Zielen dieser Arbeit decken. Die Tabelle 2 beinhaltet eine Gegenüberstellung der Ein- und Ausschlusskriterien.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien

<b>Einschlusskriterium</b>	<b>Ausschlusskriterium</b>
Die Stichprobe besteht aus erwachsenen Personen.	Die Stichprobe besteht aus Kindern oder Jugendlichen.
Die Stichprobe bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, welche eine onkologische Therapie abgeschlossen haben.	Die Stichprobe bezieht sich auf Patientinnen und Patienten, welche weiterhin onkologisch behandelt werden.
Die Stichprobe besteht aus Patientinnen und Patienten, welche keine aussergewöhnlichen, durch die onkologische Therapie ausgelöste Lebensveränderungen haben.	Die Stichprobe besteht aus Patientinnen und Patienten mit einer aussergewöhnlichen, durch die onkologische Therapie ausgelösten Lebensveränderung (z.B. Kolostomie, Ösophagektomie).
Die Intervention wird von Pflegefachpersonen durchgeführt.	Die Intervention wird von anderen Gesundheitsfachpersonen durchgeführt.
Zur Durchführung der Intervention wird das Telefon benutzt.	Zur Durchführung der Intervention werden andere Telekommunikationsmittel benutzt.
Es wird eine umfassende Nachsorge sowohl in der Interventions-, wie auch in der Kontrollgruppe gewährleistet.	Bei der Nachsorge steht alleine der Symptomsupport oder die Patientenedukation im Zentrum.
Die Intervention wird mit der Standardnachsorge im klinischen Setting verglichen.	Es wird kein Vergleich gezogen oder als Vergleich dient nicht das klinische Setting.
Quantitative und qualitative Studien.	Pilotstudien, Machbarkeitsstudien oder Studien zur Kostenanalyse.

## 4.2 Literatursauswahl und Studienanalyse

Nachfolgend wird die Literatursauswahl grafisch anhand des Flussdiagramms dargestellt (Abbildung 1). Anschliessend wird der Auswahlprozess mit den jeweiligen Begründungen und die Analyse der Studien aufgezeigt.

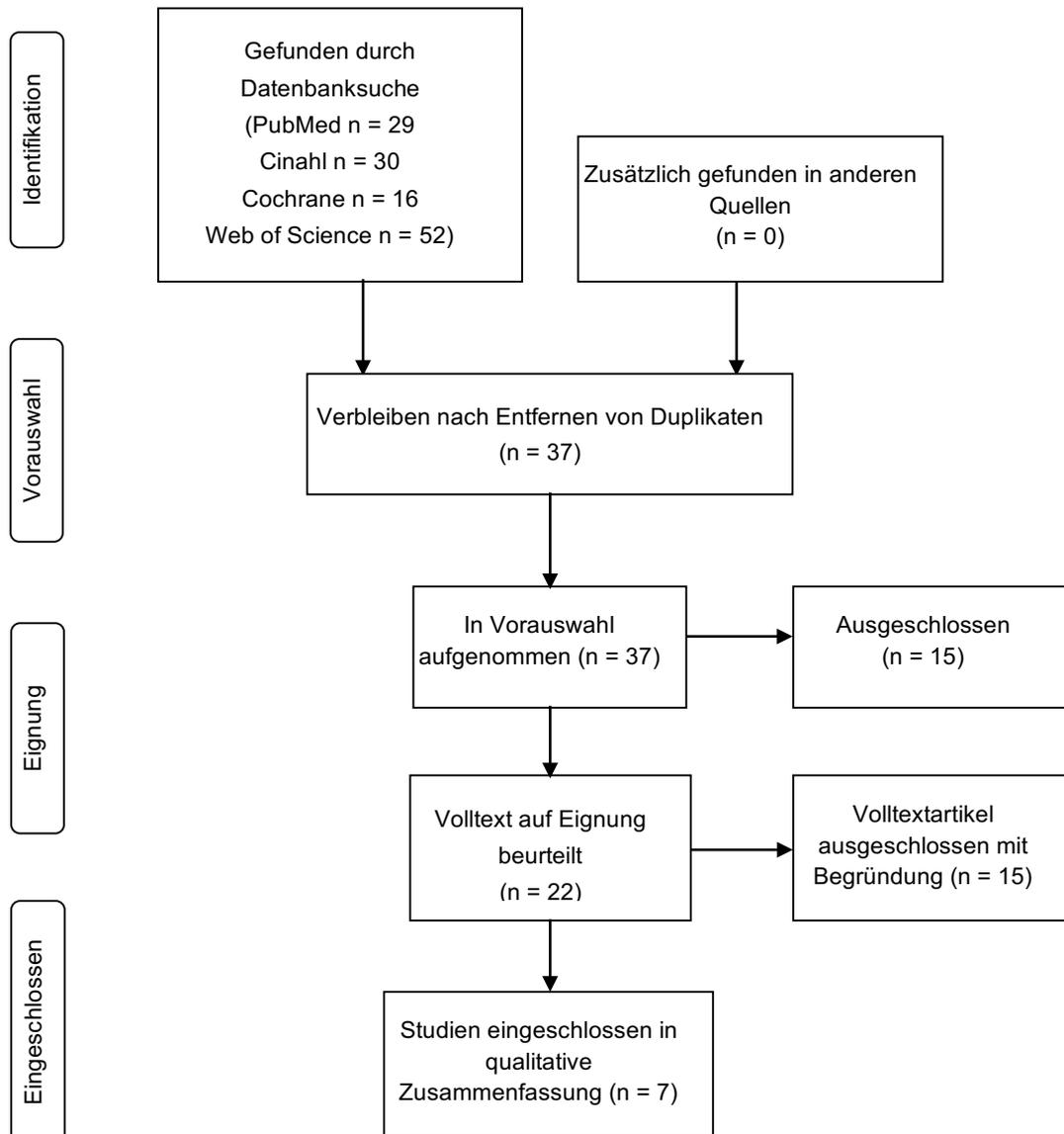


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Literatursauswahl

Die Literatursuche auf den vier Datenbanken ergab eine Gesamtzahl von 127 Studien. Die Handsuche lieferte keine weiteren Studien, die für diese Arbeit hätten verwendet werden können. Nach dem Entfernen der Duplikate verblieben 37 Studien, von welchen 15 Studien aufgrund des Titels ausgeschlossen wurden. Von den verbliebenen 22 Studien wurden die Studien von Anderson (2010), Beaver et al. (2010), Kimman, Dellaert, Boersma, Lambin und Dirksen (2010b), Lin et al. (2014), McGrath (2014), Murchie et al. (2016) und von Willisamson, Chalmers und Beaver (2015) ausgeschlossen, da bei diesen Studien der Vergleich mit der Standardnachsorge im klinischen Setting fehlt. Ausgeschlossen wurden ausserdem die Studien von Beaver, Williamson und Chalmers (2010), Cusack und Taylor (2010) und von Mayer et al. (2012) aufgrund eines anderen Outcomes, als der Patientenzufriedenheit. Die Studien von Jensen, Kristensen, Christensen und Borre (2011) und von Inman, Maxson, Johnson, Myers und Holland (2011) wurden ausgeschlossen, weil bei deren Nachsorge die Patientenedukation im Zentrum steht. Die Studie von Li, Zhang und Xu (2014) wurde ausgeschlossen, da bei ihren Probandinnen und Probanden die onkologische Therapie nicht abgeschlossen war. Der systematische Review von A. Cox et al. (2017) untersuchte telefonische Interventionen nicht getrennt von Interventionen, die durch andere Telekommunikationsmittel durchgeführt wurden, und wurde deshalb ausgeschlossen. Die Studie von Beaver et al. (2012) wurde ausgeschlossen, da es sich um eine Pilotstudie handelt. Die Bibliographie der Studien, welche nach Volltext ausgeschlossen wurden, befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Anhand der Einschlusskriterien wurden die sieben Studien von Beaver et al. (2009), Beaver et al. (2017), Casey et al. (2017), Kimman et al. (2010a), Leahy et al. (2013), Lewis et al. (2009) und von Smits et al. (2015) eingeschlossen. Die Studie von Lewis et al. (2009) wurde anschliessend anhand der *Checkliste zur Beurteilung von systematischen Reviews und Metaanalysen* von Shea et al. (2007) analysiert. Die restlichen sechs Studien wurden anhand der gekürzten Checkliste *Overall Critique of a Quantitative Research Report* von Polit und Beck (2017) eingeschätzt. Die ausgefüllten Checklisten können auf Nachfrage bei der Autorin eingesehen werden.

## 5 ERGEBNISSE

In diesem Kapitel werden die eingeschlossenen Studien tabellarisch dargestellt und die Ergebnisse anschliessend in der Synthese zusammengefasst.

### 5.1 Tabellarische Übersicht

Die Tabellen 3-9 beinhalten unter anderem die Fragestellung, die Intervention, die Ergebnisse und die Stärken und Schwächen der jeweiligen Studie, sodass die wichtigsten Eckdaten auf einen Blick ersichtlich sind. Die Evidenzlevel basieren auf die *Stufen der Evidenz für Interventionsstudien* nach Polit und Beck (2012). Die Ergebnisse werden durch die Standardabweichung (SD), die Odds Ratio (OR) und die Konfidenzintervalle (CI) ergänzt, sofern diese in den Studien enthalten sind.

Tabelle 3: Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trail.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Beaver et al. (2009) England	<p><b>Setting:</b> Ein grosses Regionalspital und eine spezialisierte Brustabteilung.</p> <p><b>Sample:</b> 374 Patientinnen, welche eine primäre MK-Therapie abgeschlossen haben und ein kleines bis mittleres Rezidivrisiko haben.</p> <p>Davon waren 191 Personen der Interventionsgruppe zugeteilt und erhielten telefonische Nachsorge (TN). 183 Probandinnen waren in der Kontrollgruppe und erhielten die Standardnachsorge im Krankenhaus (SN).</p>	<p>Die Kontrollgruppe im Regionalspital erhielt während 2 Jahren alle 3 Monate, während weiteren 2 Jahren alle 6 Monate und danach jährlich für ein weiteres Jahr die Nachsorge. Auf der Brustabteilung fand die Nachsorge jährlich statt für 10 Jahre. Die Nachsorge dauerte 10 Minuten und bestand bei der Kontrollgruppe aus einer klinischen Untersuchung, einer Überprüfung der Blutwerte und einer Mammographie nach Schema.</p> <p>Die telefonische Nachsorge der Interventionsgruppe wurde im gleichen Abstand wie die der Kontrollgruppe durchgeführt. Sie bestand aus 20 Minuten strukturierter Konsultation. Auch die Mammographien wurden im gleichen Abstand durchgeführt, wie bei der Kontrollgruppe.</p> <p>Um die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zu messen, wurde ein Fragebogen entwickelt und vor, während und nach der Studie verschickt.</p>	<p>Vor der Studie bestand kein signifikanter Unterschied der Patientenzufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (TN=45%, SN=46%; <math>p=0.671</math>). 48% der Kontrollgruppe und 52% der Interventionsgruppe bezeichneten die Nachsorge als sehr hilfreich (<math>p=0.405</math>).</p> <p>In der Mitte der Studie waren die Probandinnen der Interventionsgruppe signifikant zufriedener mit den Informationen, als diejenigen der Kontrollgruppe (TN=80%, SN=49%; <math>p&lt;0.001</math>). Zudem gaben signifikant mehr Probandinnen der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe an, dass sie die Nachsorge als sehr hilfreich empfinden würden (TN=88%, SN=44%; <math>p&lt;0.001</math>).</p> <p>Nach der Studie waren 55% der Kontrollgruppe und 80% der Interventionsgruppe sehr zufrieden mit den erhaltenen Informationen, was einen signifikanten Unterschied zugunsten der telefonischen Nachsorge bedeutet (<math>p&lt;0.001</math>). Die Intervention wurde zudem häufiger als sehr hilfreich bezeichnet (TN=85%, SN=63%; <math>p=0.001</math>).</p>	<p><b>Stärken:</b> Relativ grosse Stichprobe, die geplante Stichprobengrösse konnte erreicht werden.</p> <p>Transparentes Vorgehen und gute Präsentation der Ergebnisse.</p> <p>Pflegefachpersonen wurden vor Beginn der Nachsorge geschult.</p> <p>Gleiches Intervall der Nachsorge egal ob Interventions- oder Kontrollgruppe.</p> <p><b>Schwächen:</b> Die Resultate können nur auf Patientinnen mit einem kleinen bis mittleren Rezidivrisiko übertragen werden.</p> <p>Fragebogen zur Zufriedenheit bezieht sich nur auf die erhaltenen Informationen, unklar ob der Fragebogen weitere Fragen enthielt.</p> <p>Einige Probandinnen konnten die Fragebögen nur vor und nach der Studie ausfüllen.</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IIa (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>				
<b>Ziel:</b> Die traditionelle Krankenhausnachsorge nach einer Mammakarzinom(MK)-Therapie mit der telefonischen Nachsorge durch spezialisierte Pflegefachpersonen vergleichen in Bezug auf psychologische Morbidität, Patientenzufriedenheit, verordnete Untersuchungen und Zeit bis zum Entdecken eines Rezidivs.				
<b>Design:</b> Randomisierte Äquivalenzstudie (RCT)				

Tabelle 4: Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trail): a randomized, multicentre, non-inferiority trial.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Beaver et al. (2017) England	<p><b>Setting:</b> Ambulante Kliniken von fünf verschiedenen Spitälern.</p> <p><b>Sample:</b> 259 Patientinnen, welche eine primäre EK-Therapie abgeschlossen haben.</p> <p>Davon wurden durch Randomisierung 129 der Interventions- (TN) und 130 der Kontrollgruppe (SN) zugewiesen.</p>	<p>Die Probandinnen der Kontrollgruppe hatten während 2 Jahren alle 3-4 Monate, danach alle 6 Monate bis jährlich für weitere 3-5 Jahre einen Nachsorgetermin im Krankenhaus. Ein Nachsorgetermin bestand aus einer klinischen Untersuchung und Fragen bezüglich Rezidivsymptomatik.</p> <p>Die telefonische Nachsorge der Interventionsgruppe wurde durch eine spezialisierte Pflegefachperson durchgeführt und fand in den gleichen Abständen, wie diejenige der Kontrollgruppe statt. Der Anruf dauerte 20min und bestand auf Fragen fokussiert auf physische, psychische und soziale Aspekte der Erkrankung.</p> <p>Ein adaptierter Fragebogen aus früheren Studien zur Zufriedenheit wurde vor der Randomisierung und direkt nach dem nächsten Nachsorgetermin per Post verschickt. Die Fragen bezogen sich auf die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen und dem erbrachten Dienst.</p>	<p>Die Probandinnen waren unabhängig von der Gruppenzuteilung sehr zufrieden mit dem erbrachten Dienst, es konnte dabei kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden [mean: TN=9.2 (SD 1.5), SN=8.9 (SD 1.7), 95% CI adjusted mean difference (-0.5 – 0.3); p=0.58]. Ausserdem waren die meisten Probandinnen zufrieden mit der Dauer (p=0.20) und der Häufigkeit (p=0.76), egal welcher Gruppe sie angehörten.</p> <p>Bezüglich der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden [OR 1.1, 95% CI (0.5-2.4); p=0.89]. 78% der Interventionsgruppe und 79% der Kontrollgruppe gaben an, dass sie alle nötigen Informationen erhalten hatten.</p> <p>Probandinnen der Kontrollgruppe gaben vermehrt an, dass sie Wartezeiten hatten (TN=4.8%, SN=21.6%; p=0.001). Diejenigen der Interventionsgruppe berichteten vermehrt davon, dass ihnen aufmerksam zugehört wurde (TN=96.5%, SN=90.3%; p=0.042), dass sie sich ausdrücken und Fragen stellen konnten (TN=96.5%, SN=89.2%; p=0.016) und dass die Fachperson über ihren Fall Bescheid wusste (TN=87.7%, SN=73.9%; p=0.005).</p>	<p><b>Stärken:</b> Basiert auf frühere Studien zu diesem Thema.</p> <p>Der Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem erbrachten Dienst wird aufgeführt.</p> <p>Alle Resultate werden mit Prozentzahlen und p-Werten abgebildet.</p> <p>Die geplante Stichprobengrösse konnte erreicht werden.</p> <p><b>Schwächen:</b> Nicht alle Probandinnen konnten direkt nach dem ersten Nachsorgetermin rekrutiert werden, sodass einige von ihnen zuvor mehrere Standardnachsorgetermine hatten.</p> <p>Unklar, ob die telefonische Nachsorge ohne vorherigen Ersttermin im Krankenhaus genauso wirksam wäre.</p> <p>Die Daten wurden nur einmal nach der Randomisierung erhoben.</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IIa (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>				
<b>Ziel:</b> Die Effektivität von telefonischer Nachsorge, welche durch Pflegefachpersonen durchgeführt wird, im Vergleich zur traditionellen krankenhausbasierten Nachsorge nach der Endometriumkarzinom(EK)-Therapie evaluieren.				
<b>Design:</b> Randomisierte Nicht-Unterlegenheits-Studie (RCT)				

Tabelle 5: Nurse-led Phone Call Follow-Up Clinics Are Effective for Patients With Prostate Cancer.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitierten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Casey et al. (2017) England	<p><b>Setting:</b> Telefonischer Nachsorgedienst</p> <p><b>Sample:</b> 815 Patienten mit einem stabilen PK, die an die telefonische Nachsorge einer onkologischen Klinik überwiesen wurden.</p> <p>Davon wurden 100 Probanden ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit geschickt und 86 antworteten.</p>	<p>Ein Assessment wurde alle 6 Monate via Telefon durchgeführt und zu einem unbekanntem Zeitpunkt wurde per Post ein Fragebogen an die letzten 100 Probanden geschickt, welcher ihre Zufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge erfragte.</p> <p>Der Fragebogen bestand aus sechs Kategorien mit insgesamt acht Fragen zur Patientenzufriedenheit.</p>	<p>95.3% der Probanden, die den Fragebogen ausgefüllt hatten, zogen die telefonische Nachsorge der Nachsorge im klinischen Setting vor. Als Grund dafür gaben 87.2% die ersparte Fahrt in die Klinik an.</p> <p>53.5% gaben an, dass die telefonische Nachsorge beruhigender und 36% kreuzten an, dass sie sorgfältiger war als die klinische Nachsorge.</p> <p>Dahingegen fanden 3.5%, dass sie weniger beruhigend und 7%, dass sie weniger sorgfältig war.</p> <p>91.9% fanden, dass alle ihre Anliegen und Fragen während des Telefongespräch geklärt werden konnten.</p>	<p><b>Stärken:</b> Klares Vorgehen, wenn die Probanden telefonisch nicht erreicht werden konnten.</p> <p>Der Fragebogen wird abgebildet und die Fragen sind verständlich formuliert.</p> <p>Gute Präsentation der Ergebnisse.</p> <p>Klare Ein- und Ausschlusskriterien.</p> <p><b>Schwächen:</b> Sehr kleine Stichprobe für die Erhebung der Patientenzufriedenheit.</p> <p>Kein validierter Fragebogen. Keine Kontrollgruppe.</p> <p>Unklar, zu welchem Zeitpunkt der Fragebogen verschickt wurde.</p> <p>Statistische Signifikanz ist unklar.</p> <p>Keine ethische Prüfung / Genehmigung.</p> <p>Kaum Angaben zur telefonischen Nachsorge (Assessment) an sich.</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IV (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>				
<b>Ziel:</b> Die Zufriedenheit von Prostatakarzinom(PK)-Patienten mit der telefonischen Nachsorge ermitteln.				
<b>Design:</b> Querschnittsstudie				

Tabelle 6: Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Kimman et al. (2010a) Niederlande	<p><b>Setting:</b> Sieben Krankenhäuser und zwei Radiotherapie-Kliniken.</p> <p><b>Sample:</b> 299 Patientinnen nach abgeschlossener kurativer MK-Therapie.</p> <p>Davon wurden 149 durch Randomisierung der Kontrollgruppe (SN) und 150 der Interventionsgruppe (TN) zugeteilt.</p>	<p>Die Kontrollgruppe hatte nach 3, 6 und 12 Monaten nach der Therapie einen Nachsorgetermin im Krankenhaus. Sie bestand aus einer körperlichen Untersuchung und Anamnese und dauert ca. 10 Minuten. Zudem wurde nach 12 Monaten nach Start der Therapie eine Mammographie gemacht, welche mit der Nachsorge kombiniert wurde.</p> <p>Die Nachsorgetermine der Interventionsgruppe fanden im gleichen Abstand, wie die der Kontrollgruppe statt (inkl. Mammographie). Die telefonische Nachsorge bestand aus einem semi-strukturierten Interview und dauerte 15-20 Minuten.</p> <p>Zur Ermittlung der Patientenzufriedenheit wurde die niederländische Version des validierten „Ware’s Patient Satisfaction Questionnaire III“ (PSQ III) verwendet. Er wurde vor der Randomisierung und nach 3,6 und 12 Monaten nach der Therapie ausgefüllt.</p>	<p>Vor der Randomisierung und nach 3 und 6 Monaten nach der Therapie war die Patientenzufriedenheit bei allen Untergruppen des Fragebogens hoch, ohne signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.</p> <p>Nach 12 Monaten gab es keinen signifikanten Unterschied bei der generellen Zufriedenheit [TN=76.4 (SD 19.7), SN=75.3 (SD 19.6); p=0.379], der Zufriedenheit mit der Kompetenz des Personals [TN=75.8 (SD 16.8), SN=73.7 (SD 17.9); p=0.249] und der Zufriedenheit mit interpersonellen Aspekten [TN=78.9 (SD 17.6), SN=78.7 (SD 18.5); p=0.662]. Die Zufriedenheit mit dem Zugang zur Nachsorge war jedoch bei der Interventionsgruppe signifikant höher als bei der Kontrollgruppe [TN=76.4 (SD 15.6), SN=73.3 (SD 15.7); p=0.015].</p>	<p><b>Stärken:</b> Gleiche Nachsorge-Frequenz in beiden Gruppen.</p> <p>Die Pflegenden erhielten ein vorgängiges Training zur telefonischen Nachsorge.</p> <p>Es wurde ein validierter Fragebogen verwendet.</p> <p>Der Fragebogen wurde 4 Mal ausgefüllt, sodass ein Verlauf sichtbar wurde.</p> <p><b>Schwäche:</b> Auch die Probandinnen der Interventionsgruppe hatten einen Nachsorgetermin im Krankenhaus.</p> <p>Es werden nur die Ergebnisse und Signifikanzwerte der letzten Messung dargestellt.</p> <p>Unterschied von 3.1 Punkten bei der Zufriedenheit mit dem Zugang ist statistisch signifikant, klinisch aber nicht relevant (Effektstärke 90%).</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IIa (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>	<p><b>Ziel:</b> Ein Vergleich zwischen der Zufriedenheit von MK-Patientinnen mit der telefonischen Nachsorge durch spezialisierte Pflegefachpersonen und der Krankenhausnachsorge ziehen.</p>			
<b>Design:</b>	Daten aus randomisierter kontrollierter Studie (RCT)			

Tabelle 7: Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A Comparative study.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitate	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Leahy et al. (2013) Australien	<p><b>Setting:</b> Spezialisiertes Onkologiezentrum</p> <p><b>Sample:</b> 169 PK-Patienten, welche 6 Monate zuvor mit einer radikalen Radiotherapie behandelt wurden.</p> <p>Davon wurden 83 Patienten der Kohorte 1 zugeteilt (51 mit leichtem bis mittlerem Rezidivrisiko, 32 mit hohem Risiko) und 86 der Kohorte 2 (51 mit leichtem bis mittlerem Risiko, 35 mit hohem Risiko). Die Probanden der Kohorte 2 mit leichtem bis mittlerem Risiko erhielten telefonische Nachsorge, diejenige von Kohorte 1 erhielten die medizinische Nachsorge. Unabhängig von der Kohorte erhielten alle Patienten mit hohem Risiko die medizinische Nachsorge.</p>	<p>Bei der Kontrollgruppe fanden die Nachsorgetermine nach 3, 6 und 12 Monaten nach Abschluss der Behandlung statt. Anschliessend fanden die Konsultationen während weiteren 10 Jahren jährlich statt.</p> <p>Die telefonische Nachsorge fand alle 6 Monate statt und wurde durch eine spezialisierte Pflegefachperson strukturiert anhand evidenzbasierter Algorithmen ausgeführt. Anschliessend wurde die Hausärztin oder der Hausarzt über die jeweiligen Ergebnisse informiert.</p> <p>Die Patientenzufriedenheit wurde nach dem 6-Monate-Nachsorgetermin mit dem adaptierten Fragebogen „Satisfaction with Consultation Scale“ nach Hill et al. (1992) gemessen.</p>	<p>Die Patienten mit einem leichten bis mittleren Rezidivrisiko der Kohorte 2 zeigten tendenziell eine höhere Zufriedenheit, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant [95% CI (-0.3 – 0); p=0.051].</p> <p>Auch bei den Patienten mit einem hohen Risiko konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Kohorten festgestellt werden [95% CI (-0.35 – 0.13); p=0.440].</p>	<p><b>Stärken:</b> Validierter Fragebogen.</p> <p>Strukturiertes und damit standardisiertes Vorgehen bei der telefonischen Nachsorge.</p> <p>Kontrolle der Ergebnisse durch die Untergruppen der Kohorten mit dem hohen Risiko.</p> <p><b>Schwächen:</b> Kleine Stichprobe und keine Randomisierung.</p> <p>Einmalige Messung der Patientenzufriedenheit.</p> <p>Resultate des Fragebogens werden nicht einzeln dargestellt und nur sehr knapp zusammengefasst.</p> <p>Die Durchführungszeitpunkte der Intervention werden nur im Abstract genannt.</p> <p>Unterschiedliche Nachsorgehäufigkeit in Intervention &amp; Kontrolle.</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IV (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>				
<b>Ziel:</b> Ein Vergleich zwischen der Zufriedenheit von Männern mit kleinem bis mittlerem Rezidivrisiko nach einer radikalen PK-Therapie mit der telefonischen Nachsorge durch Pflegefachpersonen und der traditionellen medizinischen Nachsorge ziehen.				
<b>Design:</b> Querschnittsstudie				

Tabelle 8: Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review.

Autoren, Jg., Land	Datenbanken und Sample	Verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Lewis et al. (2009)  England	<b>Datenbanken:</b> MEDLINE, MEDLINE in process, EMBASE, CINAHL, PsychINFO, AMED, BIOSIS, ISTP, CENTEAL, DARE, HTA, NHS EED, SIGLE, HMIC, NNR	Die Studien wurden anhand expliziter Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.  Die Qualität der Effektivitätsstudien wurde anschliessend anhand der Checkliste von Down und Black (1998) und die Qualität der ökonomischen Studien anhand der Checkliste von Drummond und Jefferson (1996) beurteilt.  Metaanalyse wurde wegen zu grosser Heterogenität keine gemacht.	Zwei Studien untersuchten die Auswirkung von telefonischer Nachsorge auf die Patientenzufriedenheit und andere Outcomes.  Eine davon berichtet bei den meisten Teilwerten von einer höheren Patientenzufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge nach 12 Monaten. Besser seien die Organisation (0.01), Information und Beratung ( $p=0.01$ ) und die persönliche Betreuungserfahrung ( $p=0.03$ ). Statistisch keinen signifikanten Unterschied ergab es bei der Zufriedenheit mit der Betreuung ( $p=0.13$ ) und bei der Gesamtbeurteilung der Unterstützung ( $p=0.08$ ). Nach drei und sechs Monaten schnitt die telefonische Beratung in allen Teilwerten des Fragebogens besser ab als die Kontrollgruppe.  Die zweite Studie konnte keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Nachsorgearten feststellen.	<b>Stärken:</b> Sehr ausführliche Literaturrecherche.  Transparente Methode.  Qualitätsanalyse mithilfe von Checklisten und die Qualität der Studien wurde anschliessend in die Diskussion einbezogen.  Übersichtliche Darstellung der Resultate.  Ausführliche Diskussion der Stärken und Schwächen des Reviews.  <b>Schwächen:</b> Die Einschlusskriterien wurden nachträglich angepasst.  Kleines Sample.  Wegen schlechter Zitierung teilweise unklar, welche Studie gemeint ist.  Tendenziell schlechte Qualität der verwendeten Studien.  Keine Diskussion oder Schlussfolgerungen zur Patientenzufriedenheit mit telefonischer Nachsorge.  <b>Evidenzlevel:</b> Level Ia (Polit & Beck, 2012)
<b>Fragestellung/Zielsetzung/ Hypothese und Design</b>	<b>Sample:</b>			
<b>Ziel:</b> Die Effektivität und die Kosteneffektivität der pflegerischen Nachsorge bei Patientinnen und Patienten mit einer onkologischen Erkrankung mit der ärztlichen Nachsorge vergleichen. Die Patientenzufriedenheit wurde als eines der Unterthemen analysiert.	4 RCT			
<b>Design:</b> Systematischer Review				

Tabelle 9: Nurse-Led Telephone Follow-up: Improving Options for Women with Endometrial Cancer.

Autoren, Jg., Land	Setting und Sample	Intervention und/oder verwendete Instrumente	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen bzw. Zitaten	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Smits et al. (2015) England	<p><b>Setting:</b> Krankenhaus Royal Cornwall Hospital Trust</p> <p><b>Sample:</b> 296 EK-Patientinnen, welche zum Zeitpunkt der Rekrutierung nach einer primären Therapie Standard- oder telefonische Nachsorge erhielten oder zuvor erhalten hatten.</p> <p>Davon erhielten 118 Frauen die telefonische Nachsorge (TN) und 178 die Standardnachsorge (SN).</p>	<p>Die Standardnachsorge besteht aus Klinikbesuchen alle 3 Monate während 1-2 Jahren, im anschließenden Jahr alle 6 Monate und danach jährlich während weiteren 5 Jahren. Die Konsultation dauert ca. 15 Minuten.</p> <p>Die telefonische Nachsorge wird im gleichen Abstand wie die Standardnachsorge durchgeführt und dauert ebenso lange, wird aber durch eine spezialisierte Pflegefachperson durchgeführt.</p> <p>Zur Messung der Patientenzufriedenheit wurde der validierte Fragebogen „EORTC In-patient Satisfaction With Care Measure“ verwendet.</p>	<p>Die generelle Zufriedenheit wies keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen auf [TN=74 (SD 27.3), SN=76 (SD 24.0); p=0.748].</p> <p>Auch die Wartezeiten [TN=76 (SD 23.3), SN=72 (SD 27.9); p=0.599], der Zugang zu dem Dienst [TN=56 (SD 26.2), SN=52 (SD 24.6); p=0.339], der Informationsaustausch [TN=68 (SD 28.0), SN=65 (SD 27.3); p=0.423] und der Komfort [TN=63 (SD 27.5), SN=63 (SD 26.0); p=0.992] wurden unabhängig von der Gruppenzuteilung ähnlich bewertet.</p> <p>Bei den Charakteristiken der Gruppen gab es statistisch signifikante Unterschiede. Frauen mit telefonischer Nachsorge waren älter (p=0.033), befanden sich häufiger im Frühstadium (p=0.013) und hatten häufiger eine laparoskopische Hysterektomie (p=0.001).</p>	<p><b>Stärken:</b> Abbildung der Resultate des gesamten Fragebogens.</p> <p>Validierter Fragebogen mit mehreren Kategorien.</p> <p>Ausführendes Personal war nicht an der Datensammlung beteiligt.</p> <p><b>Schwächen:</b> Keine Randomisierung und daher charakteristisch unterschiedliche Gruppen (selection bias).</p> <p>Unterschiedliche Gruppengrößen.</p> <p>Anzahl der zuvor erhaltenen Nachsorgetermine variierte, da der Zeitpunkt der Therapie kein Einschlusskriterium war.</p> <p>Die meisten Frauen erlebten vor der telefonischen Nachsorge auch die Standardnachsorge.</p> <p>Die Probandinnen gaben lediglich eine verbale Einwilligung und die Studie wurde ethisch nicht überprüft.</p> <p><b>Evidenzlevel:</b> Level IV (Polit &amp; Beck, 2012)</p>
<b>Fragestellung/Zielsetzung/Hypothese und Design</b>				
<b>Ziel:</b> Ein Vergleich zwischen der Zufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge durch spezialisierte Pflegefachpersonen von Frauen nach einer EK-Therapie und der Standardnachsorge ziehen.				
<b>Design:</b> Querschnittsstudie (departemental audit)				

## 5.2 Synthese der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Populationen, die Designs und die Nachsorgeschemata der Studien aufgezeigt. Anschliessend werden die Ergebnisse thematisch gegliedert und synthetisiert.

Zwei der analysierten Studien untersuchten die Zufriedenheit von Patientinnen nach einer Mammakarzinom-Therapie (Beaver et al., 2009; Kimman et al., 2010a), zwei fokussierten sich auf Prostatapatienten (Casey et al., 2017; Leahy et al., 2013) und zwei Studien befragten Patientinnen nach einer Endometriumkarzinom-Therapie (Beaver et al., 2017; Smits et al., 2015). Lewis et al. (2009) schlossen Studien mit unterschiedlichen onkologischen Erkrankungen ein, sie fokussierten sich nicht auf eine bestimmte Tumorart. Bei drei Studien handelt es sich um eine RCT (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a) mit Evidenzlevel IIa nach Polit und Beck (2012), drei Studien sind Querschnittstudien (Casey et al., 2017; Leahy et al., 2013; Smits et al., 2015) mit Evidenzlevel IV (Polit & Beck, 2012) und bei der letzten Studie handelt es sich um einen systematischen Review (Lewis et al., 2009) mit Evidenzlevel Ia nach Polit und Beck (2012). In drei Studien fanden die Nachsorgetermine zu Beginn alle drei Monate, später alle sechs Monate und anschliessend jährlich statt für insgesamt fünf bis 11 Jahre (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Smits et al., 2015). Bei Beaver et al. (2009) gab es innerhalb der Studie zwei unterschiedliche Nachsorgemodelle, im Regionalspital (RS) fand sie wie oben beschrieben statt, auf der Brustabteilung (BA) wurde sie jährlich während 10 Jahren durchgeführt. In zwei Studien fand die Nachsorge nach drei, sechs und 12 Monaten statt (Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013). Bei Kimman et al. (2010) wurde sie daraufhin gestoppt, während sie bei Leahy et al. (2013) während 10 weiteren Jahren halbjährlich stattfand. In der Studie von Casey et al. (2017) fanden die Nachsorgetermine alle sechs Monate statt, es bleibt aber unklar für wie lange. Der systematische Review von Lewis et al. (2009) berichtet, dass die Nachsorge in derjenigen Studie mit signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen (S1) alle sechs Monate stattfand, während sie in der Studie ohne Signifikanzen (S2) monatlich durchgeführt wurde. Bei beiden Studien ist unklar, wie viele Jahre die Nachsorge dauerte (Lewis et al., 2009). In der Tabelle 10 werden die unterschiedlichen Nachsorgehäufigkeiten der eingeschlossenen Studien dargestellt.

Tabelle 10: Nachsorgehäufigkeit in den eingeschlossenen Studien

Jahr	1				2				3				4				5			
	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12
Beaver et al. (2009) RS / BA	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x				x
				x				x				x				x				x
Beaver et al. (2017)	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x		x		x				x
Casey et al. (2017)		x		x		x		x		?		?		?		?		?		?
Kimman et al. (2010a)	x	x		x																
Leahy et al. (2013)	x	x		x				x				x				x				x
Lewis et al. (2009) S1 / S2		x		x		x		x		x		?		?		?		?		?
	3x	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?									
Smits et al. (2015)	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x				x				x

Nachfolgend werden die Ergebnisse der analysierten Studien thematisch zusammengefasst. Die Unterthemen wurden jeweils in mindestens zwei Studien erwähnt oder wurden als Titel unterschiedlicher Stichworte gesetzt, sodass die Ergebnisse kombiniert werden können.

### 5.2.1 Generelle Zufriedenheit

Die generelle Zufriedenheit wurde in allen Studien erfragt, ausser in derjenigen von Beaver et al. (2009). In der Studie von Casey et al. (2017) gaben 95.3% der Probanden an, dass sie die telefonische Nachsorge der Nachsorge im klinischen Setting vorzogen, dass sie also zufriedener damit waren. Alle anderen Studien konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Patientenzufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge durch Pflegefachpersonen und der Zufriedenheit mit der Nachsorge im klinischen Setting feststellen (Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015). In der Studie von Beaver et al. (2017) zeigten sich eine hohe generelle Zufriedenheit ohne Gruppenunterschied [Mittelwert: TN=9.2 (SD 1.5), SN=8.9 (SD 1.7), 95% CI adjusted mean difference (-0.5 – 0.3); p=0.58]. Kimman et al. (2010a) konnten weder nach drei, noch nach sechs, noch nach 12 Monaten signifikante Unterschiede der generellen Zufriedenheit feststellen [nach 12

Monaten: TN=76.4 (SD 19.7), SN=75.3 (SD 19.6);  $p=0.379$ ]. In der analysierten Studie von Leahy et al. (2013) zeigten die Probanden mit einem tiefen bis mittleren Rezidivrisiko eine höhere Zufriedenheit mit telefonischer Nachsorge als mit der Standardnachsorge, der Unterschied erwies sich aber als statistisch nicht signifikant [95% CI (-0.3 - 0);  $p=0.051$ ]. Bei den Probanden mit hohem Risiko wurde kein signifikanter Unterschied festgestellt [95% CI (-0.35 - 0.13);  $p=0.440$ ] (Leahy et al., 2013). Der systematische Review von Lewis et al. (2009) berichtet, dass beide eingeschlossenen Studien, welche die telefonische Nachsorge untersuchten, keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungseinheiten feststellen konnten (S1:  $p=0.08$ ). Auch in der Studie von Smits et al. (2015) zeigte sich kein signifikanter Unterschied der generellen Zufriedenheit zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe [TN=74 (SD 27.3), SN=76 (SD24.0);  $p=0.748$ ].

### 5.2.2 Zufriedenheit mit der Ausführung

Vier Studien untersuchten die Zufriedenheit mit der Ausführung, indem sie erfragten, wie hilfreich die Nachsorge war und wie zufrieden die Probandinnen mit der Dauer und Häufigkeit waren (Beaver et al., 2009), wie beruhigend und sorgfältig sie durchgeführt wurde (Casey et al., 2017), wie gut die Organisation und die Betreuung waren (Lewis et al., 2009) und ob alle Fragen durch die Nachsorge geklärt werden konnten (Beaver et al., 2017). Bei Beaver et al. (2009) gab es vor der Randomisierung keinen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe, was die Menge an Probandinnen, die die Nachsorge als „sehr hilfreich“ bezeichneten, anbelangt (TN=52%, SN=48%;  $p=0.405$ ). Während und nach der Studie gaben signifikant mehr Probandinnen der Interventionsgruppe an, dass sie sehr hilfreich war, als in der Kontrollgruppe (Mitte: TN=88%, SN= 44%,  $p<0.001$ ; Ende: TN=85%, SN=63%,  $p=0.001$ )(Beaver et al., 2009). 53.5% der Probanden von Casey et al. (2017) gaben an, dass die telefonische Nachsorge beruhigender und 3.5%, dass sie weniger beruhigend war. 36% sagten, sie sei sorgfältiger und 7% sagten, sie sei weniger sorgfältig durchgeführt worden (Casey et al., 2017). Wiederum fanden 92%, dass alle ihre Anliegen und Fragen während dem telefonischen Nachsorgegespräch geklärt werden konnten (Casey et al., 2017). Auch in der Studie von Beaver et al. (2017) gaben mehr Probandinnen der Interventionsgruppe als Probandinnen der Kontrollgruppe an, dass sie sich ausdrücken und ihre Fragen klären konnten (TN=96.5%, SN=89.2%;  $p=0.016$ ). Die Dauer der Nachsorge wurde von beiden Gruppen ähnlich bewertet ( $p=0.20$ ) und auch die Zufriedenheit mit der Häufigkeit unterschied sich nicht signifikant ( $p=0.76$ ) (Beaver et al., 2017). Der systematische Review von Lewis et al. (2009) legt die Ergebnisse einer Studie dar, die besagen, dass

die Interventionsgruppe mit der Organisation zufriedener war ( $p=0.01$ ), die Zufriedenheit mit der Betreuung aber ähnlich bewertet wurde ( $p=0.13$ ).

### 5.2.3 Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen

Vier Studien erfragten die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015). Beaver et al. (2009) stellten fest, dass es vor der Studie keinen signifikanten Unterschied gab, die Probandinnen mit telefonischer Nachsorge aber in der Mitte und am Ende der Studie mit den erhaltenen Informationen zufriedener waren, als die Patientinnen und Patienten mit ärztlicher Nachsorge im klinischen Setting [Start: TN=45%, SN=46%,  $p=0.671$ ; Mitte: TN=80%, SN=49%,  $p<0.001$ ; Ende: TN=80%, SN=55%,  $p<0.001$ ]. Auch in einer von Lewis et al. (2009) analysierten Studie konnte ein signifikanter Unterschied bei der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen festgestellt werden ( $p=0.01$ ) (Lewis et al., 2009). Bei Beaver et al. (2017) gaben 78% der Interventionsgruppe und 79% der Kontrollgruppe an, dass sie mit den erhaltenen Informationen zufrieden waren, dieser Unterschied ist statistisch nicht signifikant [95% CI (0.5 – 2.4);  $p=0.89$ ]. Auch die Probandinnen der Interventions- und der Kontrollgruppe aus der Studie von Smits et al. (2015) bewerteten die Zufriedenheit mit dem Informationsaustausch ohne signifikante Unterschiede [TN=68 (SD 28.0), SN=65 (SD 27.3);  $p=0.423$ ].

### 5.2.4 Einschätzung der Kompetenz der Fachperson

Die Kompetenz der Fachpersonen, welche die Nachsorge ausführten, wurde durch unterschiedliche Fragen in drei Studien gemessen, zwei Studien fanden signifikante Unterschiede zugunsten der Intervention (Beaver et al., 2017; Lewis et al., 2009), die andere Studie fand keine signifikanten Unterschiede (Kimman et al., 2010a). Beaver et al. (2017) stellten die Fragen, wie aufmerksam die Fachpersonen waren und ob sie über den jeweiligen Fall Bescheid wussten. In der Interventionsgruppe wurde vermehrt von guter Aufmerksamkeit berichtet (TN=96.5%, SN=90.3%;  $p=0.042$ ) und es wurde vermehrt angegeben, dass die Fachperson ihren Fall kannte (TN=78.7%, SN=73.9%;  $p=0.005$ ), als dies in der Kontrollgruppe der Fall war (Beaver et al., 2017). Der Review von Lewis et al. (2009) schildert, dass die Betreuungserfahrung in einer der analysierten Studien von der Interventionsgruppe besser bewertet wurde als in der Kontrollgruppe ( $p=0.03$ ). Dagegen gab es in der Studie von Kimman et al. (2010a) zwischen den Untersuchungseinheiten keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Zufriedenheit mit der Kompetenz des Fachpersonals [nach 12 Monaten: TN=75.8 (SD 16.8), SN=73.7 (SD17.9);  $p=0.249$ ]. Auch die Frage nach interpersonellen Aspekten der Nachsorge

wurde von beiden Gruppen ähnlich bewertet [nach 12 Monaten: TN=78.9 (SD 17.6), SN=78.7 (SD 18.5);  $p=0.662$ ] (Kimman et al., 2010a).

### 5.2.5 Zufriedenheit mit dem Zugang zur Nachsorge

In drei Studien wurde nach der Zufriedenheit mit dem Zugang zur Nachsorge gefragt oder der Zugang zur telefonischen Nachsorge mit dem Zugang zur Standardnachsorge im klinischen Setting verglichen (Casey et al., 2017; Kimman et al., 2010a; Smits et al., 2015). Zudem enthielten die Fragebögen zur Patientenzufriedenheit in zwei Studien eine Frage zu den Wartezeiten (Beaver et al., 2017; Smits et al., 2015). In der Studie von Casey et al. (2017) gaben 87.2% der Probanden an, dass sie die telefonische Nachsorge bevorzugten, weil ihnen dadurch die Anreise erspart blieb. Kimman et al. (2010a) stellten fest, dass die Zufriedenheit mit dem Zugang nach 12 Monaten bei der Interventionsgruppe höher war, als bei der Kontrollgruppe [TN=76.4 (SD15.6), SN=73.3 (SD 15.7);  $p=0.015$ ]. Nach drei und sechs Monaten hatte es keinen signifikanten Unterschied gegeben (Kimman et al., 2010a). In der Studie von Smits et al. (2015) waren die Probandinnen der Interventionsgruppe nicht zufriedener mit dem Zugang, als diejenigen der Kontrollgruppe [TN=56 (SD 27.9), SN=52 (SD24.6);  $p=0.339$ ]. Auch die Wartezeiten der beiden Untersuchungseinheiten unterschieden sich nicht signifikant [TN=76 (SD 23.3), SN=72 (SD 27.9);  $p=0.599$ ] (Smits et al., 2015). Dahingegen gaben bei Beaver et al. (2017) im Vergleich zur Interventionsgruppe in der Kontrollgruppe signifikant mehr Probandinnen an, dass sie vor der Nachsorge Wartezeiten hatten (TN=4.8%, SN=21.6%;  $p=0.001$ ).

### 5.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der generellen Zufriedenheit konnten fünf Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen der telefonischen Nachsorge und der Standardnachsorge im klinischen Setting feststellen (Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015) und bei einer Studie gaben die Mehrheit der Probanden an, dass sie die telefonische Nachsorge gegenüber der Standardnachsorge bevorzugten (Casey et al., 2017). Die Ausführung der telefonischen Nachsorge wurde in zwei Studien ohne signifikanten Unterschied zur Standardnachsorge bewertet (Beaver et al., 2017; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015). In beiden Studien wurden aber in Unterkategorien signifikante Unterschiede festgestellt (Beaver et al., 2017; Lewis et al., 2009), zusätzlich ermittelte eine weitere Studie signifikante Unterschiede (Beaver et al., 2009) und in einer Studie gaben viele der Probanden an, dass sie zufrieden mit der Ausführung waren (Casey et al., 2017). In zwei Studien waren die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe signifikant zufriedener mit den erhaltenen Informationen, als

diejenigen der Kontrollgruppe (Beaver et al., 2009; Lewis et al., 2009). Dagegen fanden zwei andere Studien keinen signifikanten Unterschied bezüglich der erhaltenen Informationen (Beaver et al., 2017; Smits et al., 2015). Die Kompetenz der Fachpersonen wurde in einer Studie in beiden Gruppen ähnlich bewertet (Kimman et al., 2010a) und in zwei Studien waren die Probandinnen und Probanden der telefonischen Nachsorge signifikant zufriedener mit der Kompetenz, als diejenigen der Kontrollgruppe (Beaver et al., 2017; Lewis et al., 2009). Bei der Patientenzufriedenheit mit dem Zugang zur Nachsorge wurde in zwei Studien kein Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe gefunden (Kimman et al., 2010a; Smits et al., 2015), eine davon stellte aber bei der letzten Messung einen signifikanten Unterschied fest (Kimman et al., 2010a). In einer weiteren Studie waren mehr Probandinnen der Interventionsgruppe, als Probandinnen der Standardnachsorge, zufrieden mit dem Zugang (Beaver et al., 2017) und in einer Studie gaben ein Grossteil der Probanden den erleichterten Zugang als Grund für die Präferenz der telefonischen Nachsorge an (Casey et al., 2017). In keiner Studie wurde ein signifikanter Unterschied zugunsten der Standardnachsorge im klinischen Setting festgestellt.

In der Tabelle 11 werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt, indem pro Kategorie angegeben wird, in welchen Studien signifikante Unterschiede und in welchen Studien keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden.

Tabelle 11: Zusammenfassung der Ergebnisse

Kategorie	Keine Signifikanz	Signifikanz / höherer Prozentsatz zugunsten der TN	Signifikanz / höherer Prozentsatz zugunsten der SN
<b>Generelle Zufriedenheit</b>	Beaver et al. (2017) Kimman et al. (2010a) Leahy et al. (2013) Lewis et al. (2009) Smits et al. (2015)	Casey et al. (2017)	-
<b>Ausführung</b>	Beaver et al. (2017) Lewis et al. (2009)	Beaver et al. (2009) Beaver et al. (2017) Casey et al. (2017) Lewis et al. (2009)	-
<b>Informationen</b>	Beaver et al. (2017) Smits et al. (2015)	Beaver et al. (2009) Lewis et al. (2009)	-
<b>Kompetenz</b>	Kimman et al. (2010a)	Beaver et al. (2017) Lewis et al. (2009)	-
<b>Zugang</b>	Kimman et al. (2010a) Smits et al. (2015)	Beaver et al. (2017) Casey et al. (2017) Kimman et al. (2010a)	-

## 6 DISKUSSION

### 6.1 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Studien miteinander verglichen und deren Vergleichbarkeit, Aussagekraft und Übertragbarkeit diskutiert.

#### 6.1.1 Vergleichbarkeit der Studien

Schlussfolgerungen für die Praxis werden gezogen, indem die Ergebnisse der Studien verglichen und kombiniert werden. Dies kann nur geschehen, wenn die Studien vergleichbar sind, also ähnlich aufgebaut sind und das Gleiche messen. Aufgrund der spezifischen, auf einem Outcome begrenzten Fragestellung und der klaren Ein- und Ausschlusskriterien, konnten durch die Literaturrecherche Studien gefunden werden, welche sich miteinander vergleichen lassen. Doch wird die Vergleichbarkeit durch gewisse Unterschiede eingeschränkt.

#### **Unterschiedliche Populationen**

Die sieben analysierten Studien untersuchten unterschiedliche Populationen. Doch auch wenn man die Ergebnisse der Studien mit den jeweils gleichen Populationen einander gegenüberstellt, stellt man fest, dass sie sich teilweise widersprechen. So stellt eine Studie bei Patienten nach einer Prostatakarzinom-Therapie keinen signifikanten Unterschied bei der generellen Zufriedenheit fest (Leahy et al., 2013), während die andere Studie berichtet, dass 95.3% der Patienten die telefonische Nachsorge gegenüber der Standardnachsorge bevorzugen (Casey et al., 2017). Lediglich die Studien von Beaver et al. (2017) und Smits et al. (2015) sind sich einig, dass Patientinnen nach einer Endometriumkarzinom-Therapie mit der telefonischen Nachsorge ähnlich zufrieden sind, wie mit der Standardnachsorge im klinischen Setting. Bei der Betrachtung der anderen Kategorien der Zufriedenheit fällt auf, dass die Studien, welche jeweils die gleichen Populationen untersuchten, meist nicht die gleichen Kategorien erfassten. Deshalb lässt sich kein Vergleich zwischen diesen Studien innerhalb der restlichen Kategorien ziehen. Zusätzlich sollte erwähnt werden, dass die Studien Probandinnen und Probanden einschlossen, welche unterschiedlich therapiert worden waren. Die unterschiedlichen Therapiearten könnten Einfluss auf die Zufriedenheit gehabt haben, da sie unterschiedliche Nebenwirkungen verursachen (Goldhammer & Rössig, 2012) und sich das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten dadurch unterscheidet.

## **Unterschiedliche Messinstrumente**

Die Studien untersuchten nicht nur unterschiedliche Populationen, sondern sie verwendeten auch unterschiedliche Messinstrumente. Nur zwei Studien verwendeten einen ähnlichen Fragebogen (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017), doch lassen sich deren Ergebnisse dennoch nicht vergleichen. Grund dafür ist, dass bei Beaver et al. (2009) die Resultate der einzelnen Fragen nicht aufgeführt werden, sondern nur die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen dargestellt wird. Somit ist die Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen die einzige Kategorie, die sich direkt vergleichen lässt. Der Vergleich zeigt aber keine Übereinstimmung, Beaver et al. (2009) stellten einen signifikanten Unterschied fest, während Beaver et al. (2017) keinen Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ermittelten. Die restlichen Fragebögen verwenden unterschiedliche Begriffe und Fragen, um die Patientenzufriedenheit zu beschreiben und zu messen, weshalb sich nur schwer Kategorien bilden lassen, welche man zwischen den Studien vergleichen kann. In dieser Arbeit sind beispielsweise die Frage nach der Zufriedenheit mit der Betreuung und die Frage, wie sorgfältig die Nachsorge durchgeführt wurde, in der gleichen Kategorie zusammengefasst, doch gestaltet sich deren direkten Vergleich schwierig. Anhand der Theorie lassen sich die unterschiedlichen Fragen und Begriffe dadurch erklären, dass die Patientenzufriedenheit weder einheitlich definiert wird, noch deren Entstehung genau geklärt ist (Zimmermann et al., 2016).

## **Zeitpunkte der Messungen**

Die Messungen wurden zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt. Während in einigen Studien die Fragebögen einmalig verschickt wurden (Casey et al., 2017; Leahy et al., 2013; Smits et al., 2015), wurde die Messung in anderen Studien vor der Randomisierung oder vor Beginn der Nachsorge und nach einigen Monaten nach Beginn der Nachsorge durchgeführt (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a). Die Studien, welche die erste Messung vor der Randomisierung durchführten, hatten dadurch einen Vergleichswert, welcher charakteristische Unterschiede zwischen den Gruppen aufzeigen konnte. So gewinnen die Ergebnisse von Kimman et al. (2010a) an Gewicht, da sich vor der Randomisierung die Zufriedenheit nicht unterschieden hatte, während nach 12 Monaten ein signifikanter Unterschied festgestellt werden konnte. Bei der Studie von Smits et al. (2015) hingegen ist unklar, ob die Ergebnisse maßgeblich durch die Gruppencharakteristika geprägt sind. In der Studie von Leahy et al. (2013) hatten die Probanden der Interventionsgruppe zum Zeitpunkt der Messung einen Nachsorgetermin gehabt, während die Nachsorge bei der Kontrollgruppe zweimal stattgefunden hatte, was einen Einfluss auf die Ergebnisse gehabt haben könnte. Die

unterschiedlichen Messzeitpunkte könnten zu Verfälschungen geführt haben, da sich die Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Phasen des Überlebens nach Mullan (1985) befinden haben könnten und die Nachsorge deshalb anderen Bedürfnissen gerecht hätte werden müssen.

Der systematische Review von Lewis et al. (2009) lässt sich insgesamt schlecht mit den anderen Studien vergleichen, da bezogen auf die Patientenzufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge, keine eigenen Schlussfolgerungen gezogen werden. Ausserdem werden in diesem Review, von den analysierten Einzelstudien, nur die Ergebnisse von einer Studie im Detail dargestellt. Diese Ergebnisse können verglichen werden, doch da diese Einzelstudie den Einschlusskriterien dieser Literaturarbeit nicht entspricht, werden deren Ergebnisse mit Vorbehalt angeschaut.

### 6.1.2 Aussagekraft der Ergebnisse

Neben der Frage, wie gut sich die Ergebnisse der in dieser Arbeit analysierten Studien vergleichen lassen, stellt sich die Frage, wie aussagekräftig sie sind. Die Ergebnisse sollten der Aussagekraft entsprechend gewichtet und Einschränkungen in die Schlussfolgerungen einbezogen werden.

#### **Stichprobengrößen**

Eine Einschränkung ist, dass die meisten eingeschlossenen Studien kleine Stichproben hatten. Die Stichprobengröße variiert von 86 Probandinnen und Probanden (Casey et al., 2017) bis zu 374 Probandinnen und Probanden (Beaver et al., 2009). Bei randomisierten Stichproben senkt die Vergrößerung der Stichprobengröße das Risiko für Verfälschungen oder Abweichungen und erhöht dadurch die Aussagekraft (Reinboth, 2007). Damit mit möglichst kleinem Aufwand trotzdem aussagekräftige Ergebnisse erreicht werden konnten, berechneten zwei Studien vorgängig die erforderliche Stichprobengröße (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017). Beaver et al. (2009) wollten eine Stichprobengröße von 162 Probandinnen pro Gruppe erreichen, dieses Ziel erreichten sie mit einer Interventionsgruppe, welche aus 191 Probandinnen bestand, und einer Kontrollgruppe mit 183 Probandinnen. Auch Beaver et al. (2017) erreichten ihr Ziel von 128 Probandinnen pro Gruppe. Studien ohne vorgängige Randomisierung erreichen durch Vergrößerung der Stichprobengröße keine aussagekräftigeren Resultate (Reinboth, 2007). Dies betrifft die Studien von Casey et al. (2017), von Leahy et al. (2013) und von Smits et al. (2015). Im RCT von Kimman et al. (2010) ist nicht klar, ob die Stichprobengröße berechnet wurde, da dabei die Daten einer anderen Studie verwendet wurden.

## Klinische Relevanz

Für die Praxis wichtig ist nicht nur die Signifikanz, sondern auch die klinische Relevanz (Fröhlich & Pieter, 2009). Sie wird durch die Effektstärken abgebildet und gilt ab einem Wert von 0.8 als gross (Cohen, 1969). Drei Studien haben die Zieleffektstärke vorgängig definiert. Beaver et al. (2017) und Leahy et al. (2013) setzten sie bei 0.8, Kimman et al. (2010a) definierten 0.9 als relevante Effektstärke. Das kann dazu führen, dass ein Unterschied als statistisch signifikant, jedoch klinisch als nicht relevant angesehen wird. Bei Kimman et al. (2010a) konnte beispielsweise nach 12 Monaten ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Zugang festgestellt werden ( $p=0.015$ ). Der Unterschied von 3.1 Punkten erreichte jedoch die Effektstärke nicht und erwies sich dadurch als klinisch nicht relevant (Kimman et al., 2010a). In der Studie von Leahy et al. (2013) wurde ein Unterschied zwischen den Kohorten bezüglich der generellen Zufriedenheit nachgewiesen, welcher sich als knapp nicht signifikant erwies ( $p=0.051$ ). Die Kontrolle der Effektstärke zeigte auf, dass der Effekt auch klinisch nicht relevant ist (Leahy et al., 2013). Bei den restlichen Studien wurden die Ergebnisse nicht durch die Effektstärke kontrolliert, doch können die Grössen der Unterschiede Auskunft über die Relevanz geben. Bei Beaver et al. (2009) waren nach der Studie 80% der Interventionsgruppe und 55% der Kontrollgruppe sehr zufrieden mit den erhaltenen Informationen. Dies ist ein grosser Unterschied und wird deshalb von der Autorin als klinisch relevant angesehen. Casey et al. (2017) machen in ihrer Studie weder Angaben zur statistischen Signifikanz, noch zur Effektstärke, doch ist bei einigen ihrer Ergebnisse die klinische Relevanz durch die Werte angezeigt. So gaben 95.3% der Probanden an, dass sie die telefonische Nachsorge der Standardnachsorge im klinischen Setting bevorzugen würden (Casey et al., 2017), was eine eindeutige Mehrheit bedeutet. Das Ergebnis von Casey et al. (2017), dass 53.5% der Probanden die telefonische Nachsorge beruhigender fanden, ist dagegen weniger klar. Da aber nur 3.5% der Probanden diese Art der Nachsorge als weniger beruhigend empfanden, scheint dennoch die Mehrheit die telefonische Nachsorge als beruhigender empfunden zu haben. Alle anderen Probanden scheinen diese Frage nicht beantwortet zu haben (Casey et al., 2017). Klinisch relevante Unterschiede zwischen der telefonischen Nachsorge und der Standardnachsorge im klinischen Setting zeigten sich somit lediglich in drei Studien (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Casey et al., 2017). In den anderen Studien zeigte sich entweder kein Unterschied, der Unterschied erwies sich als klinisch nicht relevant oder es wurden keine Angaben gemacht, durch welche die klinische Relevanz abgeschätzt werden kann.

## **Abbildung der Resultate**

Bei vier Studien wird die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch eingeschränkt, dass nicht alle Resultate präsentiert werden (Beaver et al., 2009; Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013; Lewis et al., 2009). Beaver et al. (2009) erwähnen einen selbst entwickelten Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, doch wird dieser weder beschrieben, noch werden die Fragen und Antworten abgebildet. In der Studie von Beaver et al. (2017) hingegen wird der Fragebogen und die einzelnen Ergebnisse abgebildet, sodass keine Resultate verloren gehen und die Schlussfolgerungen besser nachvollzogen werden können. Bei Kimman et al. (2010a) sind die Ergebnisse der letzten Messung angegeben, jedoch werden die Resultate der ersten drei Messungen nur grafisch und ohne genaue Werte dargestellt. Leahy et al. (2013) sprechen von einem Fragebogen, welcher aus 23 Elementen besteht, doch wird als Ergebnis nur die generelle Zufriedenheit angegeben. Wie dieses Resultat entstanden ist, kann die Leserin oder der Leser kaum nachvollziehen und es besteht auch keine Möglichkeit, Untergruppen der Zufriedenheit zu analysieren. Im systematischen Review von Lewis et al. (2009) werden die Ergebnisse einer der einbezogenen Studien, welche sich auf die telefonische Nachsorge fokussiert, im Detail dargestellt, von der anderen Studie erfährt der Leser nur, dass alle gemessenen Unterschiede nicht signifikant waren. Somit mindert die eingeschränkte Ergebnistransparenz der Studien die Aussagekraft dahingehend, dass die Resultate nicht überprüfbar sind und die klinische Relevanz schlechter abgeschätzt werden kann.

## **Validierte Fragebogen**

Drei Studien verwendeten zur Messung der Patientenzufriedenheit validierte Fragebogen (Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013; Smits et al., 2015). Validität zeigt die Relevanz eines Instruments für die Beantwortung einer Fragestellung (Knapp & Mueller, 2010). Durch die Verwendung validierter Fragebogen wird somit die Aussagekraft der Ergebnisse erhöht, denn man kann sich dadurch sicher sein, dass auch wirklich die Patientenzufriedenheit gemessen wurde und nicht ein anderes Phänomen. Die Studien von Beaver et al. (2009) und von Beaver et al. (2017) entwickelten einen eigenen Fragebogen und testeten diesen in einer Pilotstudie, doch wurde die Validität nicht eruiert. Casey et al. (2017) machen keine genaueren Angaben zur Entwicklung des Fragebogens oder zu dessen Validität, was die Aussagekraft ihrer Ergebnisse weiter einschränkt.

## **Qualität und Evidenzlevel**

Die Qualität von einigen, in dieser Arbeit analysierten Studien, ist eingeschränkt. Einige Studien verwendeten Designs ohne Randomisierung (Casey et al., 2017; Leahy et al.,

2013; Smits et al., 2015), eine Studie hatte keine Kontrollgruppe (Casey et al., 2017) und teilweise fehlte Transparenz bezüglich der Methodik (Casey et al., 2017; Leahy et al., 2013; Lewis et al., 2009) oder der Ergebnisse (Lewis et al., 2009). Zudem hatten drei der qualitativ eher schlechten Studien relativ tiefe Evidenzlevel nach Polit und Beck (2012), wodurch deren Ergebnisse weniger stark gewichtet werden können (Casey et al., 2017; Leahy et al., 2013; Smits et al., 2015). Die Literaturliste beinhaltet aber auch qualitativ hochwertige Studien mit hohen Evidenzlevel nach Polit und Beck (2012) (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a), doch wird die Aussagekraft von zwei dieser Studien durch ihr Alter und damit durch eingeschränkte Aktualität vermindert (Beaver et al., 2009; Kimman et al., 2010a).

### 6.1.3 Übertragbarkeit in die Praxis

Die Übertragung der Ergebnisse in die Praxis sollte der letzte Schritt einer Literaturliste sein, doch lassen sich nicht alle Ergebnisse reibungslos in die Praxis übertragen. Es gibt Faktoren, die die Übertragbarkeit fördern und andere, die sie vermindern.

#### **Unterschiedliche und unklare Interventionen**

Ein negativ beeinflussender Aspekt ist, dass teilweise die Interventionen der Studien kaum beschrieben sind. Casey et al. (2017) berichten von dem durchgeführten Telefonassessment, doch wird nicht beschrieben, was diese Art der Nachsorge beinhaltet, wie lange sie dauert und durch wen sie ausgeführt wird. Die Leserinnen und Leser der Studie von Casey et al. (2017) finden heraus, dass die Patientenzufriedenheit mit dieser Art der Nachsorge sehr hoch ist, jedoch wissen sie nicht, was sie beinhaltet, und können sie somit nicht implementieren. Dahingegen werden in den anderen Studien genauere Angaben zur Nachsorge gemacht. Beaver et al. (2009), Beaver et al. (2017) und Kimman et al. (2010a) beschreiben, wann die Nachsorge durchgeführt wurde, wie lange sie dauerte, wer sie ausführte und was sie ungefähr beinhaltete. Dies fördert die Übertragbarkeit in die Praxis, denn man erhält Beispiele, wie die telefonischen Nachsorge umgesetzt werden könnte. Daneben unterscheiden sich die in den Studien angewendeten Nachsorgemodelle in der Häufigkeit, der Dauer und im Aufbau. Während die Nachsorge in drei Studien zu Beginn häufig und später in grösseren Abständen stattfindet (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Smits et al., 2015), wird sie in der Studie von Casey et al. (2017), in den eingeschlossenen Studien von Lewis et al. (2009) und auf der Brustabteilung von Beaver et al. (2009) immer in den gleichen Abständen durchgeführt. In vier Studien dauert die Nachsorge zwischen fünf und 11 Jahren (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Leahy et al., 2013; Smits et al., 2015), in einer Studie dauerte sie ein Jahr lang (Kimman et al., 2010a) und zwei Studien machen keine

Angaben zur Dauer (Casey et al., 2017; Lewis et al., 2009). Die Theorie begründet diese Unterschiede mit den verschiedenen Diagnosen (Erbar, 2000; Nagel, 2010), doch zeigen sich bei den analysierten Studien auch innerhalb der gleichen Erkrankungen unterschiedliche Nachsorgemodelle. Neben der schwierigen Vergleichbarkeit führen diese Unterschiede zu Unsicherheiten, welche telefonische Nachsorgeart implementiert werden sollte. Um diese Frage beantworten zu können, müssten die Modelle durch weitere Studien miteinander verglichen werden. Zudem sollten die für die häufigsten Tumorarten bestehenden Leitlinien zur Nachsorge beachtet werden (Kuczer, 2015) und überprüft werden, ob die Modelle den besonderen Bedürfnissen der Cancer Survivors gerecht werden.

### **Spezialisierte Pflegefachpersonen**

In sechs Studien wurde die telefonische Nachsorge von spezialisierten Pflegefachpersonen ausgeführt (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Kimman et al., 2010a; Leahy et al., 2013; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015), in der Studie von Casey et al. (2017) ist unklar, ob die ausführenden Pflegekräfte spezialisiert waren oder nicht. Der Einsatz solcher, auf onkologische Erkrankungen spezialisierte Pflegefachpersonen, ist im angloamerikanischen und skandinavischen Raum bereits etabliert und hält nun auch im deutschsprachigen Bereich Einzug (Eicher, 2007). Laut dem Schweizerischen Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (2011) sind spezialisierte Pflegefachpersonen besonders kompetent, Menschen mit chronischen Erkrankungen zu pflegen. Die Tatsache, dass in fast allen Studien spezialisierte Pflegefachpersonen eingesetzt wurden, führt aber zu einer schlechteren Übertragbarkeit in die Praxis, da in der Schweiz ein Grossteil der Pflege durch nicht-spezialisierte Pflegefachpersonen ausgeführt wird. Um die Übertragbarkeit zu garantieren, müssten in weiteren Studien Nachsorgemodelle, welche durch spezialisierte Pflegefachpersonen ausgeführt werden, mit Modellen, welche von nicht-spezialisiertem Pflegefachpersonal durchgeführt werden, verglichen werden. Die Übertragbarkeit könnte sich in einigen Jahren erhöhen, da Pflege-Spezialisierungen in der Schweiz gefördert werden (SBK, 2011) und somit zukünftig mehr Spezialisten zur Verfügung stehen könnten.

### **Gesundheitssysteme in unterschiedlichen Ländern**

Die Studien fanden in unterschiedlichen Ländern mit verschiedenartigen Gesundheitssystemen statt. Fünf Studien wurden in England durchgeführt (Beaver et al., 2009; Beaver et al., 2017; Casey et al., 2017; Lewis et al., 2009; Smits et al., 2015), eine Studie entstand in Australien (Leahy et al., 2013) und eine Studie fand in den Niederlanden statt (Kimman et al., 2010a). Diese Länder haben andere

Gesundheitssysteme, als die Schweiz. Bezogen auf die Nachsorge äussert sich dies, indem die Nachsorge nach onkologischen Therapien in der Schweiz häufig im Krankenhaus durch die Ärztinnen und Ärzte, welche die Behandlung vorgenommen haben, oder durch die Hausärztinnen und –ärzte ausgeführt wird (Hasler-Strub, 2014), während sie in anderen Ländern, wie in den Studien ersichtlich, häufig vom Personal ambulanter Kliniken übernommen wird. Es stellt sich also die Frage, wo und durch wen die telefonische Nachsorge in der Schweiz ausgeführt werden könnte. Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten, so könnte die telefonische Nachsorge von Pflegefachpersonen der Krankenhäuser, von Spitex-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter oder vom Personal von ambulanten Kliniken übernommen werden. Doch zuvor müsste durch Studien oder Testphasen geprüft werden, welche Settings sich in der Praxis dafür eignen.

### **Vergleich mit anderen Qualitätsindikatoren**

Wie im theoretischen Bezugsrahmen erwähnt, gibt es neben der Patientenzufriedenheit noch andere Indikatoren, mithilfe derer man Pflegequalität messen kann. Vor der Implementierung eines neuen Nachsorgemodells, sollten diese Indikatoren ebenso beachtet werden. Dixon et al. (2018) machten eine Kostenanalyse der telefonischen Nachsorge im Vergleich zur Standardnachsorge in einem Krankenhaus. Die Kosten unterschieden sich nicht signifikant, doch dauerte die telefonische Nachsorge länger und die Pflegefachpersonen wurden vorgängig geschult, was zusätzliche Kosten verursachte (Dixon et al., 2018). Auch auf die Lebensqualität hat die telefonische Nachsorge im Vergleich zur Standardnachsorge keine signifikanten Auswirkungen (Malmstrom et al., 2016). Zudem stellten Young et al. (2013) keinen signifikanten Unterschied bezogen auf die ungeplante Rehospitalisationsrate zwischen diesen Nachsorgearten fest. Auch bezogen auf andere Qualitätsindikatoren, als die Patientenzufriedenheit, bestehen somit Hinweise, dass die telefonische Nachsorge der Standardnachsorge ebenbürtig ist, doch müssten diese Hinweise vor der Implementierung durch weitere Literaturarbeiten überprüft werden.

## 6.2 Stärken und Schwächen der Literatuarbeit

Die Ergebnisse dieser Literatuarbeit werden durch einige Aspekte limitiert. Limitationen sind, dass nicht nach grauer Literatur gesucht wurde und dass die Literaturrecherche sprachlich begrenzt wurde, da dadurch möglicherweise weitere relevante Studien nicht beachtet wurden. Weiter wurden durch die strikten Ein- und Ausschlusskriterien nur sieben Studien in die Literaturanalyse eingeschlossen und die Arbeit enthält nur einen systematischen Review, sodass die Arbeit eine eher kleine Menge analysierbarer und interpretierbarer Daten liefert. Eine weitere Schwäche dieser Bachelor Thesis ist, dass die Fragestellung sich auf die Patientenzufriedenheit beschränkt und weitere Qualitätsindikatoren nicht beachtet. Indikatoren wie die Mortalität, die Kosten und die Lebensqualität, welche wichtige Aussagen über die Qualität der telefonischen Nachsorge machen könnten, wurden nicht untersucht, da der Umfang der Arbeit dadurch zu gross geworden wäre. Somit können sich die Schlussfolgerungen nur auf die Patientenzufriedenheit beziehen. Durch die vielen unterschiedlichen Begriffe zur Zufriedenheit, die in den eingeschlossenen Studien verwendet wurden, gestaltete sich die Bildung von Kategorien zur Synthese der Ergebnisse schwierig. Dies limitiert die Arbeit, da möglicherweise Resultate verglichen wurden, welche sich nicht wirklich vergleichen lassen.

Neben Schwächen hat diese Arbeit auch einige Stärken. Sowohl die klaren Ein- und Ausschlusskriterien, als auch die eingegrenzte Fragestellung, sind nicht nur Schwächen, sondern zugleich Stärken, da sich dadurch die Ergebnisse besser vergleichen lassen und klarere Schlussfolgerungen gezogen werden können. Im Bereich der onkologischen Erkrankung schränkt sich die Fragestellung dieser Arbeit nicht ein, sodass die Ergebnisse auf unterschiedliche Tumorarten übertragen werden können. Dies erhöht die Relevanz dieser Arbeit. Eine weitere Stärke der Literatuarbeit ist die ausführliche und systematische Literaturrecherche auf vier unterschiedlichen Datenbanken. Ausserdem führt die hohe Methodentransparenz zu einer guten Nachvollziehbarkeit. Neben einigen qualitativ eingeschränkten Studien, enthält die Arbeit auch Studien mit hohem Evidenzlevel und guter Qualität, sodass trotzdem evidenzbasierte Schlussfolgerungen gezogen werden können. Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist, dass sich die Fragestellung auf ein in der Schweiz bisher nicht angewendetes Nachsorgemodell bezieht. Durch die Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf die Übertragbarkeit in die Praxis in der Schweiz, kann sie als ein erster Schritt in Richtung Implementierung eines neuen Modells angesehen werden und erhält dadurch noch mehr Praxisrelevanz.

### 6.3 Beantwortung der Fragestellung

Wie wirkt sich bei Patientinnen und Patienten, welche eine onkologische Therapie abgeschlossen haben, die telefonische Nachsorge durch Pflegefachpersonen gegenüber der Standardnachsorge im klinischen Setting auf die Zufriedenheit aus?

Die telefonische Nachsorge durch Pflegefachpersonen hatte nur in einer Studie eine positive Auswirkung auf die generelle Patientenzufriedenheit. In allen anderen Studien unterschied sich die generelle Zufriedenheit mit der telefonischen Nachsorge nicht von der Zufriedenheit mit der Standardnachsorge im klinischen Setting. Die Zufriedenheit mit der Ausführung der telefonischen Nachsorge war insgesamt höher, als bei der Standardnachsorge, jedoch gab es auch Studien, welche in Teilaspekten der Ausführung keine signifikanten Unterschiede feststellten. Zwei Studien stellten bei der telefonischen Nachsorge eine höhere Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen fest, jedoch stellten zwei aktuellere Studien diesbezüglich keinen Unterschied fest. Auch auf die Zufriedenheit mit der Kompetenz und mit dem Zugang hatte die telefonische Nachsorge keinen eindeutigen Einfluss. In beiden Kategorien fanden sich qualitativ hochwertige Studien, welche keine signifikanten Unterschiede feststellten und solche, in denen die telefonische Nachsorge besser bewertet wurde. Negative Auswirkungen hatte die telefonische Nachsorge im Vergleich zur Standardnachsorge im klinischen Setting in keiner Studie.

Insgesamt gibt es also einige Hinweise darauf, dass die telefonische Nachsorge der Standardnachsorge gegenüber bevorzugt wird, diese Hinweise werden aber durch eingeschränkte klinische Relevanz abgeschwächt. Somit weist die Studienlage darauf hin, dass sich die telefonische Nachsorge gegenüber der Standardnachsorge im klinischen Setting kaum auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Die Patientinnen und Patienten sind also ähnlich zufrieden mit diesen beiden Nachsorgemodellen.

## 7 SCHLUSSFOLGERUNG

Nachfolgend werden die Ergebnisse und die Diskussion kurz zusammengefasst und Schlussfolgerungen werden gezogen. Anschliessend werden Empfehlungen für die Praxis gemacht und weiterer Forschungsbedarf wird aufgeführt.

Die eingeschlossenen Studien unterschieden sich bezüglich der untersuchten Populationen, der Messinstrumente und der Zeitpunkte, an denen die Messungen durchgeführt wurden. Diese Unterschiede schränken die Vergleichbarkeit der Studien und derer Resultate ein. Doch auch bei der Betrachtung einzelner vergleichbarer Studien stellt man fest, dass sich die Ergebnisse teilweise widersprechen. Trotz dieser Unterschiede weisen die Studien in eine gemeinsame Richtung. Denn in den meisten Kategorien der Zufriedenheit erwies sich die telefonische Nachsorge der Standardnachsorge im klinischen Setting gegenüber gleichwertig. Nur die Zufriedenheit mit der Ausführung schien insgesamt bei der telefonischen Nachsorge höher zu sein. Die Aussagekraft dieser Ergebnisse wird jedoch durch kleine Stichprobengrössen, durch eingeschränkte Ergebnistransparenz und durch die teilweise mittelmässige Qualität der Studien vermindert. Ausserdem wurden einige signifikante Unterschiede festgestellt, doch waren die wenigsten davon klinisch relevant. In einigen Studien wurde die Durchführung der telefonischen Nachsorge nicht klar beschrieben. Ohne genaue Angaben zur Durchführung lässt sich dieses Modell aber kaum in die Praxis übertragen. Die Übertragbarkeit dieses neuen Modells wird zudem durch das Schweizer Gesundheitssystem eingeschränkt, welches sich von den Systemen der Länder unterscheidet, in denen die Studien durchgeführt wurden. Denn in der Schweiz ist die Nachsorge meist Aufgabe der Hausärztin oder des Hausarztes (Hasler-Strub, 2014), wohingegen die Standardnachsorge in den analysierten Studien in ambulanten Kliniken durchgeführt wurde. Die telefonische Nachsorge wurde in den Studien durch spezialisierte Pflegefachpersonen durchgeführt, es bleibt unklar, ob generalisierte Pflegefachpersonen diese Aufgabe ebenso gut übernehmen könnten. Dies wäre für die Umsetzung in der Praxis wichtig zu wissen, da in der Schweiz die meisten Pflegenden keine spezialisierte Ausbildung haben.

### 7.1 Empfehlungen für die Praxis

Die Aussagekraft und die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Literaturarbeit werden also durch gewisse Aspekte eingeschränkt, doch liefern sie dennoch Hinweise darauf, dass die telefonische Nachsorge der Standardnachsorge im klinischen Setting in Bezug auf die Patientenzufriedenheit ebenbürtig ist. Für die Praxis bedeutet dies, dass die telefonische Nachsorge eine geeignete Alternative zur Standardnachsorge im

Krankenhaus oder in einer Klinik sein kann, insbesondere deshalb, da auch Untersuchungen anderer Qualitätsindikatoren in diese Richtung weisen. Da unterschiedliche Modelle, bezogen auf die Dauer, die Häufigkeit und den Inhalt der Nachsorge, bestehen, empfiehlt die Autorin sich an bestehende Leitlinien zu halten, beispielsweise der AWMF (Kuczer, 2015). Als Beispiele können zudem die Nachsorgemodelle von Beaver et al. (2009), Beaver et al. (2017) und von Kimman et al. (2010a) dienen, da diese detailliert beschrieben werden. Zum geeigneten Setting kann die Autorin keine Empfehlungen abgeben, da sich das Umfeld der Studien von demjenigen in der Schweiz unterscheidet und dadurch die telefonische Nachsorge vorgängig in der Schweiz getestet werden müsste. Auch dazu, wer die telefonische Nachsorge am besten ausführen sollte, können keine klaren Empfehlungen gemacht werden, es bleibt unklar, ob sich dazu lediglich spezialisierte oder auch generalisierte Pflegefachpersonen eignen. Diese Arbeit zeigt jedoch, dass die Nachsorge durchaus von Pflegefachpersonen anstelle von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden kann, wodurch das Schweizer Gesundheitswesen entlastet werden könnte.

## **7.2 Forschungsbedarf**

Zur Verstärkung dieser Hinweise werden weitere Studien und Analysen benötigt. Die unterschiedlichen telefonischen Nachsorgemodelle sollten untereinander verglichen werden, damit die Implementierung des Modells mit den besten Outcomes gewährleistet werden kann. Zudem sollten in weiteren Literaturarbeiten der wissenschaftliche Stand bezüglich der anderen Qualitätsindikatoren überprüft werden, sodass die Gesamtqualität der telefonischen Nachsorge mit derjenigen der Standardnachsorge verglichen werden kann. Die Betrachtung der Patientenzufriedenheit allein reicht als Grundlage für die Implementierung der telefonischen Nachsorge als Alternative zur Standardnachsorge im klinischen Setting nicht aus. Zudem sollte in weiteren Studien geklärt werden, ob die Spezialisierung der Pflege einen Einfluss auf das Outcome hat. Neben weiteren Literaturarbeiten und Vergleichsstudien werden Machbarkeitsstudien in der Schweiz benötigt, da sich die Erkenntnisse dieser Arbeit nicht direkt in die Praxis in der Schweiz übertragen lassen. Es muss geklärt werden, ob sich unser Gesundheitssystem für dieses Nachsorgemodell eignet, wie es finanziert werden kann und welches Setting sich dafür am besten eignet.

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- American Society of Clinical Oncology. (2016). *The Importance of Follow-Up Care*.  
Abgerufen am 18.04.2018 unter <https://www.cancer.net/survivorship/follow-care-after-cancer-treatment/importance-follow-care>
- Anderson, B. (2010). The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *British Journal of Nursing*, 19(17), 1085-1090.  
doi:10.12968/bjon.2010.19.17.78565
- Arndt, V., Feller, A., Hauri, D., Heusser, R., Junker, C., Kuehni, C., . . . Schindler, M. (2016). *Schweizerischer Krebsbericht 2015: Stand und Entwicklungen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, Nationales Institut für Krebs epidemiologie und -registrierung (NICER), Schweizer Kinderkrebsregister (SKKR).
- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., & Susnerwala, S. (2012). An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 14(10), 1201-1209. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.02936.x
- Beaver, K., Latif, S., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., . . . Luker, K. (2010). An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3291-3300.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03407.x
- Beaver, K., Tysver-Robinson, D., Campbell, M., Twomey, M., Williamson, S., Hindley, A., . . . Luker, K. (2009). Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. *British Medical Journal*, 338, a3147. doi:10.1136/bmj.a3147
- Beaver, K., Williamson, S., & Chalmers, K. (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2916-2924.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03197.x
- Beaver, K., Williamson, S., Sutton, C., Hollingworth, W., Gardner, A., Allton, B., . . . Martin-Hirsch, P. (2017). Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(1), 150-160. doi:10.1111/1471-0528.14000

- Becker, K., Dörr, W., & Leiter-Stöppke, U. (2012). Krebsnachsorge: Viel Aufwand mit unklarem Nutzen? *Oncology Research and Treatment*, 35(2), 8-12.  
doi:10.1159/000337700
- Berner Fachhochschule. (2013). *Qualitätsindikatoren - am Beispiel Lebensqualität. Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement.*
- Casey, R. G., Powell, L., Braithwaite, M., Booth, C. M., Sizer, B., & Corr, J. G. (2017). Nurse-Led Phone Call Follow-Up Clinics Are Effective for Patients With Prostate Cancer. *Journal of Patient Experience*, 4(3).  
doi:10.1177/2374373517706613
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* New York: Academic Press.
- Collins English Dictionary. (n.d.). *Aftercare.* Abgerufen am 14.03.2018 unter <https://www.collinsdictionary.com/dictionary/english/aftercare>
- Cox, A., Lucas, G., Marcu, A., Piano, M., Grosvenor, W., Mold, F., . . . Ream, E. (2017). Cancer Survivors' Experience With Telehealth: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1).  
doi:10.2196/jmir.6575
- Cox, K., Wilson, E., Heath, L., Collier, J., Jones, L., & Johnston, I. (2006). Preferences for Follow-up After Treatment for Lung Cancer: Assessing the Nurse-led Option. *Cancer Nursing*, 29(3), 176-187.
- Crocker, C. (2003). A multidisciplinary follow-up clinic after patients' discharge from ITU. *British Journal of Nursing*, 12(15), 910-914.  
doi:10.12968/bjon.2003.12.15.11420
- Cusack, M., & Taylor, C. (2010). A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2394-2405.  
doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03253.x
- Davies, N. J., & Batehup, L. (2011). Towards a personalised approach to aftercare: a review of cancer follow-up in the UK. *Journal of Cancer Survivorship*, 5(2), 142-151. doi:10.1007/s11764-010-0165-3
- de Leeuw, J., & Larsson, M. (2013). Nurse-led follow-up care for cancer patients: what is known and what is needed. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2643-2649.  
doi:10.1007/s00520-013-1892-6

- Denlinger, C. S., Carlson, R. W., Are, M., Baker, K. S., Davis, E., Edge, S. B., . . .  
 Freedman-Cass, D. (2014). Survivorship: Introduction and Definition. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 12(1).  
 doi:10.6004/jnccn.2014.0005
- Dennis, S. M., Harris, M., Lloyd, J., Powell Davies, G., Faruqi, N., & Zwar, N. (2013).  
 Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching?  
 A rapid review. *Australian Health Review*, 37(3), 381-388.  
 doi:https://doi.org/10.1071/AH13005
- Dixon, P., Beaver, K., Williamson, S., Sutton, C., Martin-Hirsch, P., & Hollingworth, W.  
 (2018). Cost-Consequence Analysis Alongside a Randomised Controlled Trial  
 of Hospital Versus Telephone Follow-Up after Treatment for Endometrial  
 Cancer. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(3), 415-427.  
 doi:10.1007/s40258-018-0378-6
- Doyal, L., & Cameron, A. (2000). Reshaping the NHS workforce: Necessary changes  
 are constrained by professional structures from the past. *The BMJ*,  
 320(7241), 1023-1024.
- Dudenredaktion. (o.J.). *Nachsorge*. Abgerufen am 23.03.2018 unter  
<https://www.duden.de/rechtschreibung/Nachsorge>
- Dudenredaktion. (o.J.). *Klinisch*. Abgerufen am 05.06.2018 unter  
<https://www.duden.de/node/695546/revisions/1675983/view>
- Eicher, M. (2007). Breast und Cancer Care Nurse. *Der Onkologe*, 13(4), 316-327.  
 doi:10.1007/s00761-006-1174-8
- Erbar, P. (2000). *Onkologie: Pathophysiologie, Klinik und Therapie maligner Tumoren*  
 (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Ess, S. M., & Hermann, C. (2014). "Cancer Survivors" - eine stark wachsende  
 Bevölkerungsgruppe. *Schweizer Krebsbulletin*, 4, 281-284.
- Faithfull, S., Corner, J., Meyer, L., Huddart, R., & Dearnaley, D. (2001). Evaluation of  
 nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British Journal  
 of Cancer*, 85(12), 1853-1864. doi:10.1054/bjoc.2001.2173
- Fröhlich, M., & Pieter, A. (2009). Cohen´s Effektstärken als Mass der Bewertung von  
 praktischer Relevanz - Implikationen für die Praxis. *Sportmedizin und  
 Sporttraumatologie*, 57(4), 139-142.

- Gehrlach, C. (2016). Ein neuer Blickwinkel auf Patientenerfahrungen mit Gesundheitsdienstleistungen? Das Konzept der "Relativen Erwartungserfüllung": Eine empirische Überprüfung unter Einbezug der Patientenzufriedenheit von Krankenhauspatienten. In K. Jehle & S. Hill (Eds.), *Feigenblatt oder Baum der Erkenntnis: Messung der Patientenzufriedenheit - Standortbestimmungen und Ausblick* (pp. 59-74). Bern: Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Gemperli, A. (2016). Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation. In K. Jehle & S. Hill (Eds.), *Feigenblatt oder Baum der Erkenntnis: Messung der Patientenzufriedenheit - Standortbestimmungen und Ausblick* (pp. 49-57). Bern: Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Goldhammer, E., & Rössig, C. (2012). Prinzipien der Pflege und Therapie onkologischer Patienten. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann, & L. Ullrich (Eds.), *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung* (12. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme.
- Gradwell, C., Thomas, K. S., English, J. S. C., & Williams, H. C. (2002). A randomized controlled trial of nurse follow-up clinics: do they help patients and do they free up consultants' time? *British Journal of Dermatology*, *147*(3), 513-517. doi:10.1046/j.1365-2133.2002.04901.x
- Griffiths, J. A., Barber, V. S., Cuthbertson, B. H., & Young, J. D. (2006). A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia*, *61*(10), 950-955. doi:10.1111/j.1365-2044.2006.04792.x
- Hasler-Strub, U. (2014). "Survivorship program": Beratung nach Brustkrebs Erkrankung - ein Projektbericht des Brustzentrums St. Gallen. *Schweizer Krebsbulletin*, *4*, 306-308.
- Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The Impact of Follow-Up Educational Telephone Calls on Patients after Radical Prostatectomy: Finding Value In Low-Margin Activities. *Urologic Nursing*, *31*(2), 83-91.
- Jenkins, J. F. (1996). Oncology Nursing Practice: The Role of the Nurse in Support of Progress in Cancer Treatment. In M. Barton-Burke, G. M. Wilkes, K. C. Ingwersen, C. K. Bean, & D. Berg (Eds.), *Cancer Chemotherapy: A Nursing Process Approach* (2 ed.). London: Jones and Bartlett Publishers.

- Jensen, B. T., Kristensen, S. A., Christensen, S. V., & Borre, M. (2011). Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: a randomised controlled trial study. *International Journal of Urological Nursing*, 5(3), 123-130. doi:10.1111/j.1749-771X.2011.01130.x
- Katz, A. (2012). *After you ring the bell: 10 challenges for the cancer survivor*. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Kimman, M. L., Bloebaum, M. M., Dirksen, C. D., Houben, R. M., Lambin, P., & Boersma, L. J. (2010a). Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *BMC Cancer*, 10, 174. doi:10.1186/1471-2407-10-174
- Kimman, M. L., Dellaert, B. G. C., Boersma, L. J., Lambin, P., & Dirksen, C. D. (2010b). Follow-up after treatment for breast cancer: One strategy fits all? An investigation of patient preferences using a discrete choice experiment. *Acta Oncologica*, 49(3), 328-337. doi:10.3109/02841860903536002
- Kirsch, M., & De Geest, S. (2012). Krebsnachsorge ist eine Teamaufgabe. *Krankenpflege*, 3, 32-33.
- Knapp, T. R., & Mueller, R. O. (2010). Reliability and Validity of Instruments. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *The Reviewer's Guide to Quantitative Methods in Social Sciences*. New York: Routledge.
- Knowles, G., Sherwood, L., Dunlop, M. G., Dean, G., Jodrell, D., McLean, C., & Preston, E. (2007). Developing and piloting a nurse-led model of follow-up in the multidisciplinary management of colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(3), 212-223. doi:10.1016/j.ejon.2006.10.007
- Krebsinformationsdienst. (2014). *Nachsorge bei Krebs*. Abgerufen am 12.03.2018 unter <https://www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/nachsorge.php>
- Krebsliga Ostschweiz. (o.J.). *Cancer Survivorship*. Abgerufen am 18.04.2018 unter <https://ostschweiz.krebsliga.ch/dienstleistungen/cancer-survivorship/>
- Krebsliga Schweiz. (o.J.-a). *Strahlentherapie (Radiotherapie)*. Abgerufen am 18.04.2018 unter <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/therapien/strahlentherapie-radiotherapie/>
- Krebsliga Schweiz. (o.J.-b). *Was ist Krebs?* Abgerufen am 11.03.2018 unter <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/was-ist-krebs/>

- Kuczer, D. (2015). *Krebsnachsorge*. Abgerufen am 21.04.2018 unter <http://www.praxis-margareten.at/2015/nachsorge-bei-krebs/>
- Leahy, M., Krishnasamy, M., Herschtal, A., Bressel, M., Dryden, T., Tai, K. H., & Foroudi, F. (2013). Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 162-169. doi:10.1016/j.ejon.2012.04.003
- Lewis, R., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., . . . Weller, D. (2009). Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 706-723. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04927.x
- Li, G., Zhang, S. X., & Xu, B. (2014). Effects of nurse-led telephone follow-up for discharged patients treated with chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 46-49. doi:10.4103/2347-5625.135820
- Lin, W. L., Sun, J. L., Chang, S. C., Wu, P. H., Tsai, T. C., Huang, W. T., & Tsao, C. J. (2014). Development and Application of Telephone Counseling Services for Care of Patients with Colorectal Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(2), 969-973. doi:10.7314/apjcp.2014.15.2.969
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. *Social Science & Medicine Medical Psychology and Medical Sociology*, 12(4), 283-292. doi:10.1016/0271-7123(78)90067-6
- Macmillan Cancer Support. (2014). *Working together: Challenges, opportunities and priorities for the UK's cancer workforce*. Abgerufen am 29.06.2018 unter <https://www.macmillan.org.uk/documents/getinvolved/campaigns/weareaforechange/workforcediscussiondoc.pdf>
- Malmstrom, M., Ivarsson, B., Klefsgard, R., Persson, K., Jakobsson, U., & Johansson, J. (2016). The effect of a nurse led telephone supportive care programme on patients' quality of life, received information and health care contacts after oesophageal cancer surgery-A six month RCT-follow-up study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 86-95. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.09.009

- Mayer, E. L., Gropper, A. B., Neville, B. A., Partridge, A. H., Cameron, D. B., Winer, E. P., & Earle, C. C. (2012). Breast cancer survivors' perceptions of survivorship care options. *Journal of Clinical Oncology*, *30*(2), 158-164.  
doi:10.1200/JCO.2011.36.9264
- McGrath, P. (2014). Patient perspectives on the usefulness of routine telephone follow-up as psychosocial support for hematologic malignancies: Australian findings. *Oncology Nursing Forum*, *41*(1), 40-44. doi:10.1188/14.onf.40-44
- Menche, N., & Brandt, I. (2013). *Pflege konkret - Innere Medizin* (6. Aufl.). München: Urban&Fischer.
- Mistiaen, P., & Poot, E. (2006). Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *The Cochrane Library*, *18*(4).  
doi:10.1002/14651858.CD004510.pub3
- Moore, S., Corner, J., & Fuller, F. (1999). Development of nurse-led follow-up in the management of patients with lung cancer. *NT Research*, *4*(6), 432-445.  
doi:10.1177/136140969900400605
- Moore, S., Corner, J., Haviland, J., Wells, M., Salmon, E., Normand, C., . . . Smith, I. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ*, *325*(7373), 1145. doi:10.1136/bmj.325.7373.1145
- Mullan, F. (1985). Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer. *New England Journal of Medicine*, *313*(4), 270-273.  
doi:10.1056/nejm198507253130421
- Murchie, P., Norwood, P. F., Pietrucin-Materek, M., Porteous, T., Hannaford, P. C., & Ryan, M. (2016). Determining cancer survivors' preferences to inform new models of follow-up care. *British Journal of Cancer*, *115*(12), 1495-1503.  
doi:10.1038/bjc.2016.352
- Nagel, G. (2010). *Nach dem Krebs: Krebs-Nachsorge*. Abgerufen am 21.04.2018 unter [https://www.onmeda.de/krebs/nach\\_dem\\_krebs-krebs-nachsorge-13662-2.html](https://www.onmeda.de/krebs/nach_dem_krebs-krebs-nachsorge-13662-2.html)
- Nennstiel, S. (2013). *Basics - Allgemeine Pathologie* (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.

- Pennery, E., & Mallet, J. (2000). A preliminary study of patients' perceptions of routine follow-up after treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 4(3), 138-147. doi:10.1054/ejon.2000.0092
- Pleyer, C. (2012). *Onkologie: Verstehen, Wissen, Pflegen*. München: Elsevier.
- Polit, D., & Beck, C. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice* (9 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice* (10 ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reinboth, C. (2007). *Auswirkungen der Stichprobengrösse auf die Repräsentativität von Online-Befragungen*. Abgerufen am 20.06.2018 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-57251-2>
- SBK. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz: Perspektive 2020*. Abgerufen am 22.06.2018 unter [https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/de/Perspektive2020-dt.pdf](https://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/de/Perspektive2020-dt.pdf)
- Shea, B. J., Grimshaw, J. M., Wells, G. A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., . . . Bouter, L. M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7(1), 10. doi:10.1186/1471-2288-7-10
- Smits, A., Lopes, A., Das, N., Bekkers, R., Kent, E., McCullough, Z., & Galaal, K. (2015). Nurse-Led Telephone Follow-up: Improving Options for Women With Endometrial Cancer. *Cancer Nursing*, 38(3), 232-238. doi:10.1097/ncc.0000000000000177
- Steffen, P. (2004). Patientenzufriedenheit als Zielgrösse des strategischen Krankenhausmanagement. In H. Pfaff, J. Lütticke, B. Badura, C. Pekarski, & P. Richter (Eds.), *"Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement* (pp. 109-123). Bern: Huber.
- Weiermann, T. (2017). *Krebsnachsorge*. Abgerufen am 18.04.2018 unter <http://meine-krebsbehandlung.de/hodenkrebs-erfahrung/der-anfang/krebsnachsorge/>
- Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 237-243. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006

- Young, J. M., Butow, P. N., Walsh, J., Durcinoska, I., Dobbins, T. A., Rodwell, L., . . . Solomon, M. J. (2013). Multicenter randomized trial of centralized nurse-led telephone-based care coordination to improve outcomes after surgical resection for colorectal cancer: the CONNECT intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 31(28), 3585-3591. doi:10.1200/jco.2012.48.1036
- Zahnd, D. (2018). *Gesundheitswesen Schweiz - Qualitätssicherung*. ANQ.
- Zimmermann, A., Kessler, O., & Funk, B. (2016). Patientenzufriedenheit als Zielgrösse - eine Standortbestimmung aus Sicht der Wissenschaft. In K. Jehle & S. Hill (Eds.), *Feigenblatt oder Baum der Erkenntnis: Messung der Patientenzufriedenheit - Standortbestimmungen und Ausblick* (pp. 89-103). Bern: Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

## 9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Suchstrategien.....	16
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien .....	19
Tabelle 3: Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trail.....	23
Tabelle 4: Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trail): a randomized, multicentre, non-inferiority trial. .....	24
Tabelle 5: Nurse-led Phone Call Follow-Up Clinics Are Effective for Patients With Prostate Cancer.....	25
Tabelle 6: Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer.....	26
Tabelle 7: Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A Comparative study.	27
Tabelle 8: Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. ....	28
Tabelle 9: Nurse-Led Telephone Follow-up: Improving Options for Women with Endometrial Cancer.....	29
Tabelle 10: Nachsorgehäufigkeit in den eingeschlossenen Studien .....	31
Tabelle 11: Zusammenfassung der Ergebnisse .....	35

## 10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AWMF	Arbeitsgesellschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BA	Brustabteilung
CI	Konfidenzintervall (Confidence Interval)
EK	Endometriumkarzinom
MK	Mammakarzinom
OR	Odds Ratio
PK	Prostatakarzinom
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie (Randomized Controlled Trial)
RS	Regionalspital
SD	Standardabweichung (Standard Deviation)
SN	Standardnachsorge im klinischen Setting (Kontrolle)
TN	Telefonische Nachsorge (Intervention)

## 11 ANHANG

### 11.1 Bibliographien

#### 11.1.1 Eingeschlossene Studien

Beaver, K., Tysver-Robinson, D., Campbell, M., Twomey, M., Williamson, S., Hindley, A., . . . Luker, K. (2009). Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. *British Medical Journal*, 338, a3147. doi:10.1136/bmj.a3147

Beaver, K., Williamson, S., Sutton, C., Hollingworth, W., Gardner, A., Allton, B., . . . Martin-Hirsch, P. (2017). Comparing hospital and telephone follow-up for patients treated for stage-I endometrial cancer (ENDCAT trial): a randomised, multicentre, non-inferiority trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(1), 150-160. doi:10.1111/1471-0528.14000

Casey, R. G., Powell, L., Braithwaite, M., Booth, C. M., Sizer, B., & Corr, J. G. (2017). Nurse-Led Phone Call Follow-Up Clinics Are Effective for Patients With Prostate Cancer. *Journal of Patient Experience*, 4(3). doi:10.1177/2374373517706613

Kimman, M. L., Bloebaum, M. M., Dirksen, C. D., Houben, R. M., Lambin, P., & Boersma, L. J. (2010a). Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer. *BMC Cancer*, 10, 174. doi:10.1186/1471-2407-10-174

Leahy, M., Krishnasamy, M., Herschtal, A., Bressel, M., Dryden, T., Tai, K. H., & Foroudi, F. (2013). Satisfaction with nurse-led telephone follow up for low to intermediate risk prostate cancer patients treated with radical radiotherapy. A comparative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 162-169. doi:10.1016/j.ejon.2012.04.003

Lewis, R., Neal, R. D., Williams, N. H., France, B., Wilkinson, C., Hendry, M., . . . Weller, D. (2009). Nurse-led vs. conventional physician-led follow-up for patients with cancer: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 706-723. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04927.x

Smits, A., Lopes, A., Das, N., Bekkers, R., Kent, E., McCullough, Z., & Galaal, K. (2015). Nurse-Led Telephone Follow-up: Improving Options for Women With Endometrial Cancer. *Cancer Nursing*, 38(3), 232-238. doi:10.1097/ncc.0000000000000177

### 11.1.2 Nach Volltext ausgeschlossene Studien

Anderson, B. (2010). The benefits to nurse-led telephone follow-up for prostate cancer. *British Journal of Nursing*, 19(17), 1085-1090. doi:10.12968/bjon.2010.19.17.78565

Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., & Susnerwala, S. (2012). An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 14(10), 1201-1209. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.02936.x

Beaver, K., Latif, S., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., . . . Luker, K. (2010). An exploratory study of the follow-up care needs of patients treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3291-3300. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03407.x

Beaver, K., Williamson, S., & Chalmers, K. (2010). Telephone follow-up after treatment for breast cancer: views and experiences of patients and specialist breast care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2916-2924. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03197.x

Cox, A., Lucas, G., Marcu, A., Piano, M., Grosvenor, W., Mold, F., . . . Ream, E. (2017). Cancer Survivors' Experience With Telehealth: A Systematic Review and Thematic Synthesis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1). doi:10.2196/jmir.6575

Cusack, M., & Taylor, C. (2010). A literature review of the potential of telephone follow-up in colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2394-2405. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03253.x

Inman, D. M., Maxson, P. M., Johnson, K. M., Myers, R. P., & Holland, D. E. (2011). The Impact of Follow-Up Educational Telephone Calls on Patients after Radical Prostatectomy: Finding Value In Low-Margin Activities. *Urologic Nursing*, 31(2), 83-91.

- Jensen, B. T., Kristensen, S. A., Christensen, S. V., & Borre, M. (2011). Efficacy of tele-nursing consultations in rehabilitation after radical prostatectomy: a randomised controlled trial study. *International Journal of Urological Nursing*, 5(3), 123-130. doi:10.1111/j.1749-771X.2011.01130.x
- Kimman, M. L., Dellaert, B. G. C., Boersma, L. J., Lambin, P., & Dirksen, C. D. (2010b). Follow-up after treatment for breast cancer: One strategy fits all? An investigation of patient preferences using a discrete choice experiment. *Acta Oncologica*, 49(3), 328-337. doi:10.3109/02841860903536002
- Li, G., Zhang, S. X., & Xu, B. (2014). Effects of nurse-led telephone follow-up for discharged patients treated with chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 1(1), 46-49. doi:10.4103/2347-5625.135820
- Lin, W. L., Sun, J. L., Chang, S. C., Wu, P. H., Tsai, T. C., Huang, W. T., & Tsao, C. J. (2014). Development and Application of Telephone Counseling Services for Care of Patients with Colorectal Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(2), 969-973. doi:10.7314/apjcp.2014.15.2.969
- Mayer, E. L., Gropper, A. B., Neville, B. A., Partridge, A. H., Cameron, D. B., Winer, E. P., & Earle, C. C. (2012). Breast cancer survivors' perceptions of survivorship care options. *Journal of Clinical Oncology*, 30(2), 158-164. doi:10.1200/JCO.2011.36.9264
- McGrath, P. (2014). Patient perspectives on the usefulness of routine telephone follow-up as psychosocial support for hematologic malignancies: Australian findings. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 40-44. doi:10.1188/14.onf.40-44
- Murchie, P., Norwood, P. F., Pietrucin-Materek, M., Porteous, T., Hannaford, P. C., & Ryan, M. (2016). Determining cancer survivors' preferences to inform new models of follow-up care. *British Journal of Cancer*, 115(12), 1495-1503. doi:10.1038/bjc.2016.352
- Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 237-243. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006

## 11.2 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit            Telefonische Nachsorge bei Patientinnen und Patienten nach onkologischen Therapien: Eine systematische Literaturarbeit

Name, Vorname            Zürcher, Corina

Matrikelnummer            15-268-808

Ort, Datum                Thun, 23.07.2018

Unterschrift

