

Landespflege-Konferenz Sachsen-Anhalt 2012

Verantwortung der Pflegenden im therapeutischen Team

Univ.-Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer

Universität Witten/Herdecke

Department für Pflegewissenschaft

Klinische Pflegeforschung

Landespflege-Konferenz Sachsen-Anhalt 2012

Innovative Bereiche in Verantwortung durch Pflegende im therapeutischen Team

Univ.-Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer
Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft
Klinische Pflegeforschung

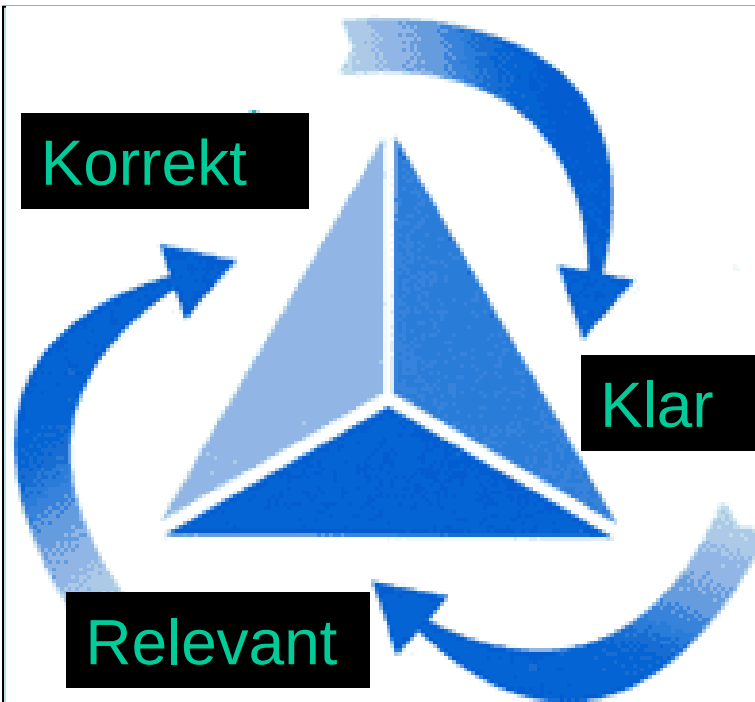
- Unterstützung von Patienten/Bewohnern bzw. deren Vertreter bei informierter Entscheidungsfindung

The ICN
Code of Ethics
for Nurses



- Pflegende sorgen dafür, dass die zu Pflegenden umfassende Informationen als Basis für das Einverständnis für pflegerische und therapeutische Maßnahmen erhalten.
- Die Informationen erlauben informierte Entscheidungen und beinhalten das Recht Maßnahmen zu wählen oder abzulehnen.
- Pflegende bieten Lehr- und Lernmöglichkeiten im Zusammenhang mit einer informierten Entscheidung.

International Council of Nurses



for you. When you get health
ing questions. The more times that
the health information is good

credentials of all authors, and the
ing to sell you a particular product?
ent with each other? If you find the
cerned about their accuracy.
n, reviewed or scheduled to expire?
, and old information may no longer
th information clearly indicated?

Is the corporate or organizational identification of the information source clearly visible?
Are abbreviations and special terms explained?
Is information about treatment risks and side effects provided?
Are illustrations clear, and do they properly relate to the subject matter?

Relevancy

Does the information meet your needs?
Does the information respect your religious and ethical beliefs?
Is it clear for whom the information is intended?
Have consumers and patients been involved in developing the material?

...verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für **beratende, edukative**, organisatorische und präventive Aufgaben.

Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen.

...verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für **beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben**. Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die **Pflege** und eine **größere Handlungsautonomie** derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung auf der Grundlage der **Advanced Nursing Practice** (z.B. **nurse practitioners**) erfolgt. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie **advanced nursing**

Pflegerische Verantwortung:

1. Bedarf einschätzen
2. Verantwortung für die Durchführung
3. Überprüfung der Resultate

Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen. Die **Verordnungsfähigkeit** für Pflegeleistungen muss in der Pflege gelegt werden (S. 23).

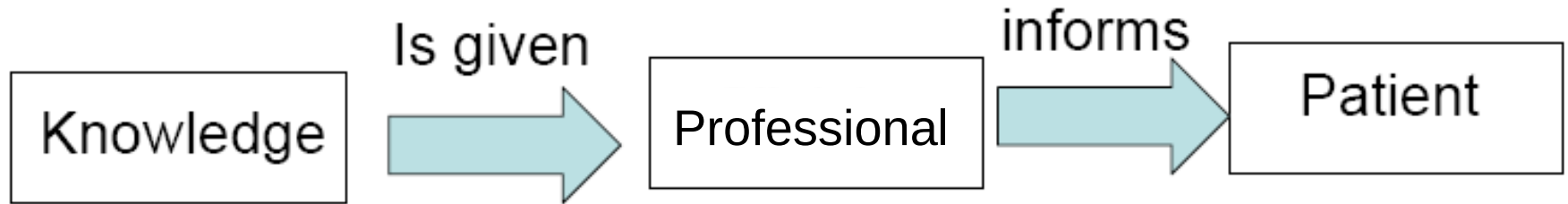
Verordnungsfähigkeit

Informierte Entscheidungsfindung =
reformiertes Rollenverständnis der
Gesundheitsprofessionellen und Patienten

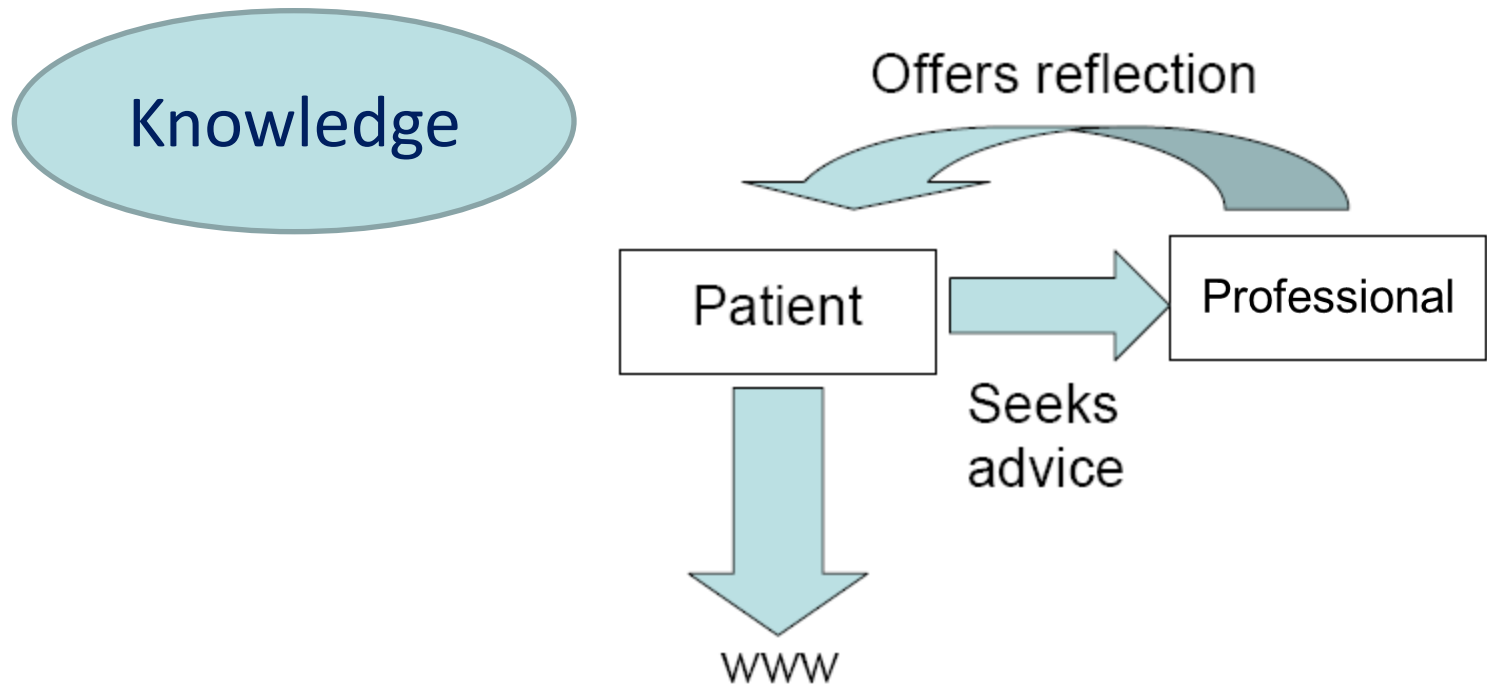


“When we want your opinion, we’ll give it to you”

20th Century knowledge flow



Muir Gray, IQWiG Symposium 2007, <http://www.iqwig.de>

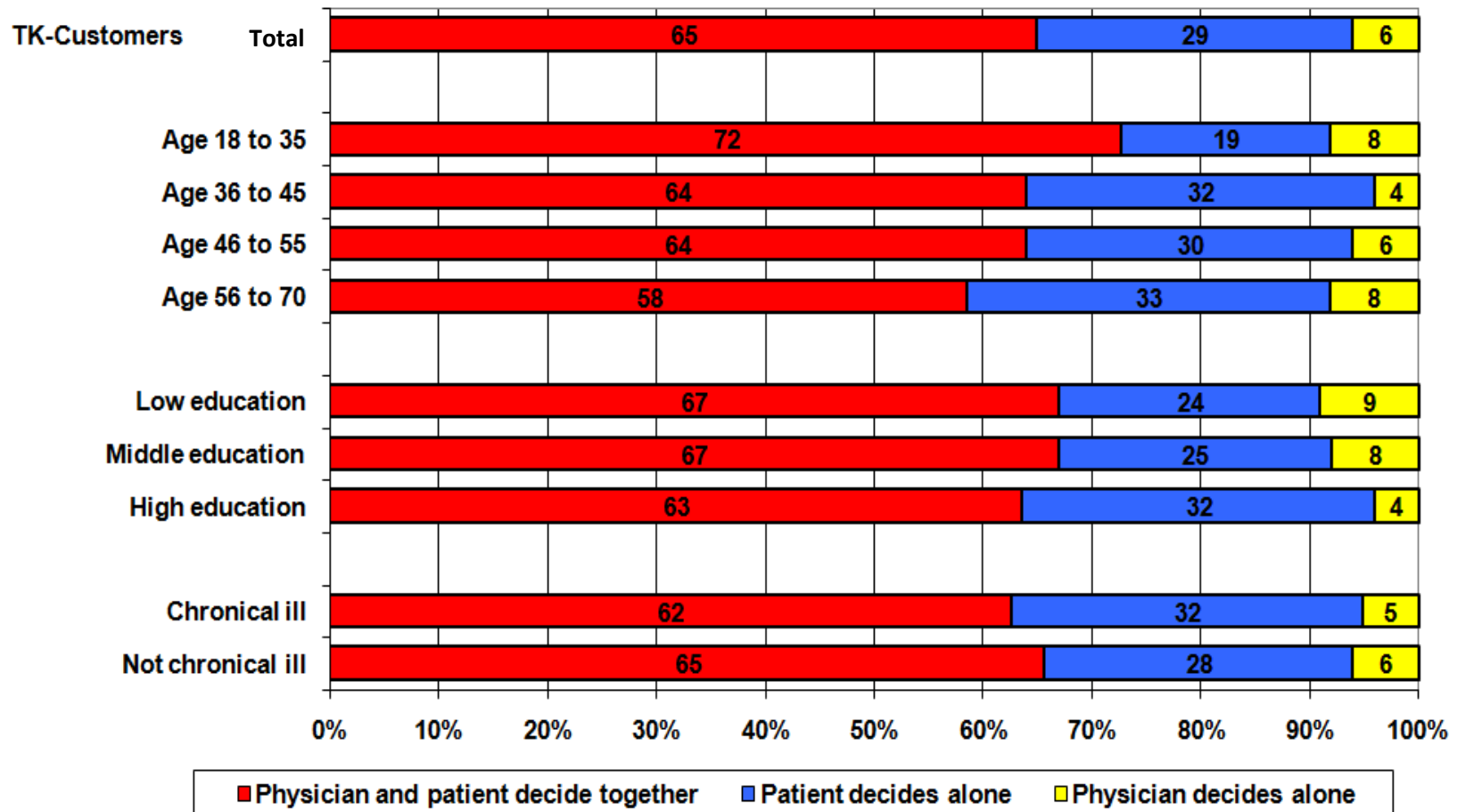


Muir Gray, IQWiG Symposium 2007, <http://www.iqwig.de>

Patients' and Consumers' Expectations

German Health Insurance TK-Survey 2008, n=1.005

Who should decide on your treatment?







Ärztliches Primat der
Informationsvermittlung zur
informierten
Entscheidungsfindung?

2 Beispiele

BRIEF COMMUNICATION

Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe

Gerd Gigerenzer, Jutta Mata, Ronald Frank

Making informed decisions about breast and prostate cancer screening requires knowledge of its benefits. However, country-specific information on public knowledge of the benefits of screening is lacking. Face-to-face computer-assisted personal interviews were conducted with 10228 persons selected by a representative quota method in nine European countries (Austria, France, Germany, Italy, the Netherlands, Poland, Russia, Spain, and the United Kingdom) to assess perceptions of cancer-specific mortality reduction associated with mammography and prostate-specific antigen (PSA) screening. Participants were also queried on the extent to which they consulted 14 different sources of health information. Correlation coefficients between frequency of use of particular sources and the accuracy of estimates of screening benefit were calculated. Ninety-two percent of women overestimated the mortality reduction from mammography screening by at least one order of magnitude or reported that they did not know. Eighty-nine percent of men overestimated the benefits of PSA screening by a similar extent or did not know. Women and men aged 50–69 years, and thus targeted by screening programs, were not substantially better informed about the benefits of mammography and PSA screening, respectively, than men and women overall. Frequent consulting of physicians ($r = .07$, 95% confidence interval [CI] = 0.05 to 0.09) and health pamphlets ($r = .06$, 95% CI = 0.04 to 0.08) tended to increase rather than reduce overestimation. The vast majority of citizens in nine European countries systematically overestimate the benefits of mammography and PSA screening. In the countries investigated, physicians and other information sources appear to have little impact on improving citizens' perceptions of these benefits.

The evidence for any benefit of screening is limited. The U.S. Preventive Services Task Force (7) reviewed the available studies and concluded that it was unclear whether increased detection of prostate cancer from screening would reduce mortality and morbidity, and a nested case-control study concluded that it did not (8). A European randomized trial reported a prostate cancer-specific mortality reduction of about one in 1400 after 9 years (9), but a randomized trial in the United States found no reduction after 7 or 10 years (10). Thus, the best estimate seems to be a reduction of death from prostate cancer of zero or one for every 1000 men screened, and the evidence is insufficient to determine whether the benefits outweigh the harms, such as incontinence through over-treatment of nonprogressive cancers (7–10).

This study addresses two main questions: 1) Do women and men have realistic knowledge about the benefits of mammography and PSA screening, respectively? and 2) What information sources do they rely on? Here, we also addressed a related question: Does the frequency of consulting a given source improve understanding of benefits? To our knowledge, this is the first European survey of women's and men's per-

ORIGINAL ARTICLE

Results

Overall, 69% of patients with lung cancer and 81% of those with colorectal cancer did not report understanding that chemotherapy was not at all likely to cure their cancer. In multivariable logistic regression, the risk of reporting inaccurate beliefs about chemotherapy was higher among patients with colorectal cancer, as compared with those with lung cancer (odds ratio, 1.75; 95% confidence interval [CI], 1.29 to 2.37); among nonwhite and Hispanic patients, as compared with non-Hispanic white patients (odds ratio for Hispanic patients, 2.82; 95% CI, 1.51 to 5.27; odds ratio for black patients, 2.93; 95% CI, 1.80 to 4.78); and among patients who rated their communication with their physician very favorably, as compared with less favorably (odds ratio for highest third vs. lowest third, 1.90; 95% CI, 1.33 to 2.72). Educational level, functional status, and the patient's role in decision making were not associated with such inaccurate beliefs about chemotherapy.

Conclusions

Many patients receiving chemotherapy for incurable cancers may not understand that chemotherapy is unlikely to be curative, which could compromise their ability to make informed treatment decisions that are consonant with their preferences. Physicians may be able to improve patients' understanding, but this may come at the cost of patients' satisfaction with them.

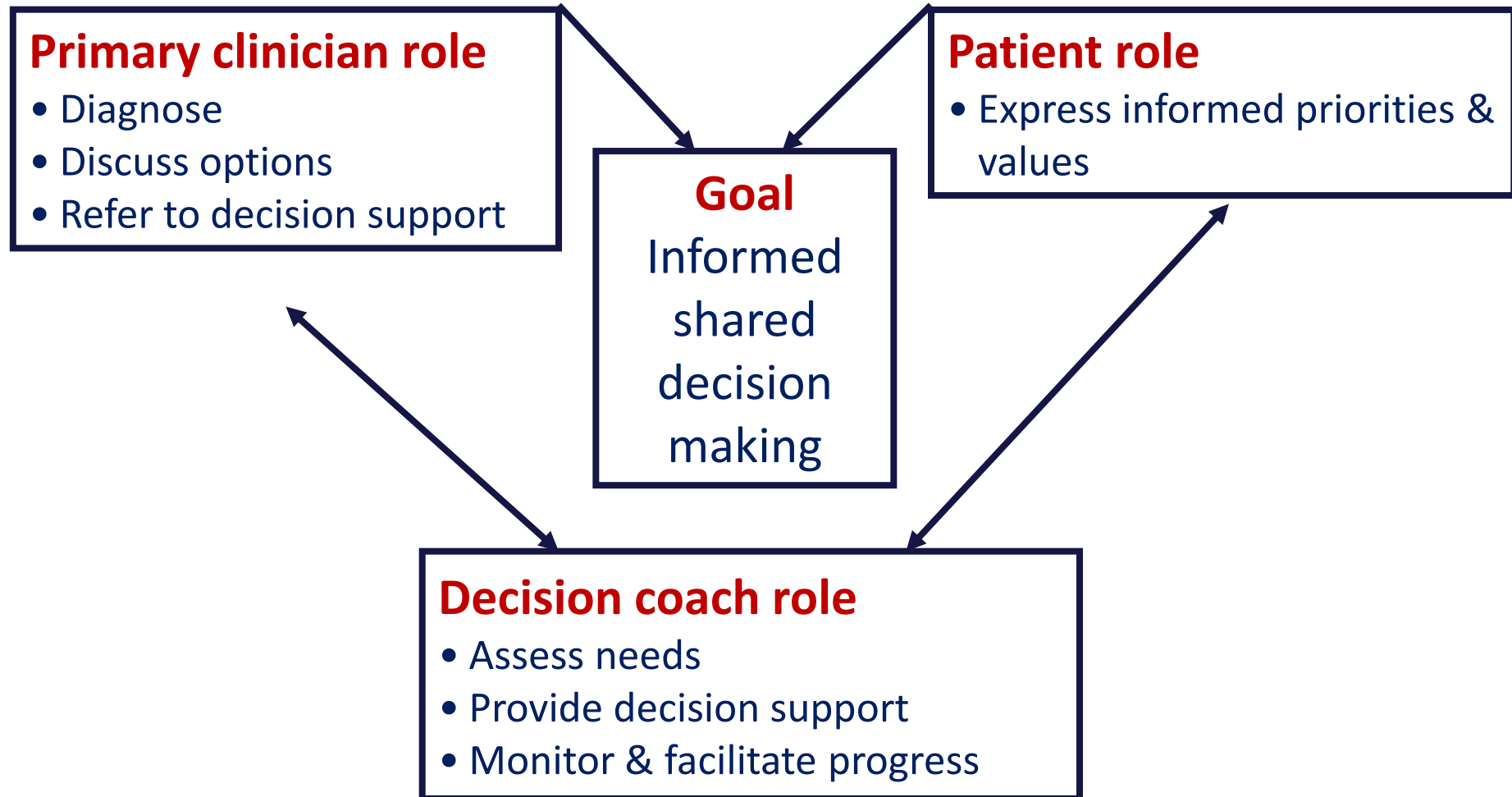
Decision Coaching to Prepare Patients for Making Health Decisions: A Systematic Review of Decision Coaching in Trials of Patient Decision Aids

*Dawn Stacey, PhD, Jennifer Kryworuchko, PhD, Carol Bennett, MSc,
Mary Ann Murray, PhD, Sarah Mullan, MSc, France Légaré, PhD*

Worldviews Evid Based Nurs 2008; 5: 25-35

Framework “Decision Coach”

Stacey et al. 2008



Prämissen von EBPI

UK General Medical Council:

- Die Information muss auf dem besten und aktuellsten wissenschaftlichen Stand sein, verständlich und in nicht verzerrter Weise präsentiert werden.
- Informationen dürfen auch bei Aussicht auf Interventionsverzicht nicht zurückgehalten werden.

Kriterien für EBPI

- Relevante Ergebnisparameter
- Effekte in absoluten Zahlen
- Wirkungen und Nebenwirkungen gleichberechtigt
- Unsicherheit, Nichtwissen
- Ausgewogen und verständlich (gut lesbar)
- Herkunftsnachweis, Referenzen, weiterführende Information
- Einbezug von PatientInnen

Darstellung

- Natürliche Häufigkeiten
 - 5 von 100 statt 5%
 - Es trifft 5 von 10.000 Personen pro Jahr statt es trifft ~~50.000 Personen pro Jahr~~
- Vergleichbare Darstellungen
 - ~~50 von 1000 profitieren vs. 6 von 100 haben einen Schaden zu erwarten~~
- Risiken im Vergleich zu anderen (Alltags-) Risiken
- Absolute Risikoreduktion
- Wie viele müssen behandelt werden, damit eine/r profitiert
- Grafische Darstellungen

Autor

Monika Murphy-Witt

Knochenarbeit

Muskeltraining kann Osteoporose vorbeugen und sogar ein Fortschreiten der Krankheit verhindern

Still und leise kommt sie daher, ohne sich durch Beschwerden anzukündigen. Oft bleibt sie lange Zeit unbemerkt. Erst wenn ein Oberschenkelhals oder ein Rückenwirbel bricht, wird die Krankheit offensichtlich: Osteoporose, Knochenschwund. Jahr für Jahr gehen 330 000 Brüche in Deutschland auf ihr Konto, bei jeder dritten Frau und jedem fünften Mann knackt es im Laufe des Lebens in porösen Knochen, nicht selten nach harmlosem Stolpern und häufig mit dramatischen Folgen. Das Fatale daran: Viele dieser Frakturen ließen sich verhindern.

Durch Krafttraining.

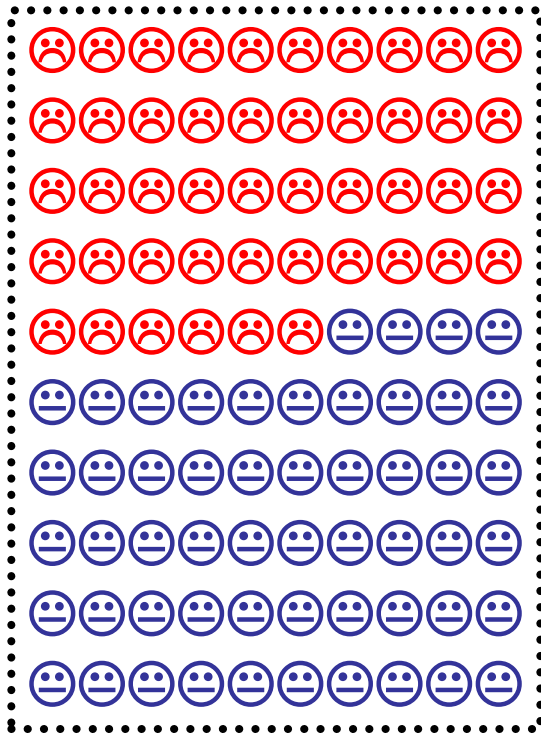
Knochen sind kein starres Skelett in unserem Körper, sie erneuern sich im Laufe unseres Lebens ständig. Überflüssige und geschädigte Knochensubstanz wird durch spezielle Zellen, die Osteoklasten, abgebaut, während ihre Gegenspieler, die Osteoblasten, aus Eiweißen wie Kollagen ein neues, elastisches Knochengerüst aufbauen, in das Mineralien wie Kalzium eingelagert werden und so für Härte sorgen. Entscheidend für Dichte und Stabilität ist, dass nicht mehr Knochensubstanz abgebaut wird.

Doch genau hier liegt das Problem. Denn nachdem der Körper in jungen Jahren alles daransetzt, Knochen aufzubauen, verlieren ab dem 30. Lebensjahr Männer wie Frauen zwischen einem halben und einem Prozent Knochenmasse pro Jahr. Bei Frauen kann sich dieser Verlust nach der Menopause leicht vervierfachen: Da Östrogen die Arbeit der Knochen abbauenden Zellen hemmt sowie die Aufnahme von Kalzium aus der Nahrung fördert, verliert das Knochengewebe durch den Abfall des Hormonspiegels an Substanz, die Knochen werden poröser.

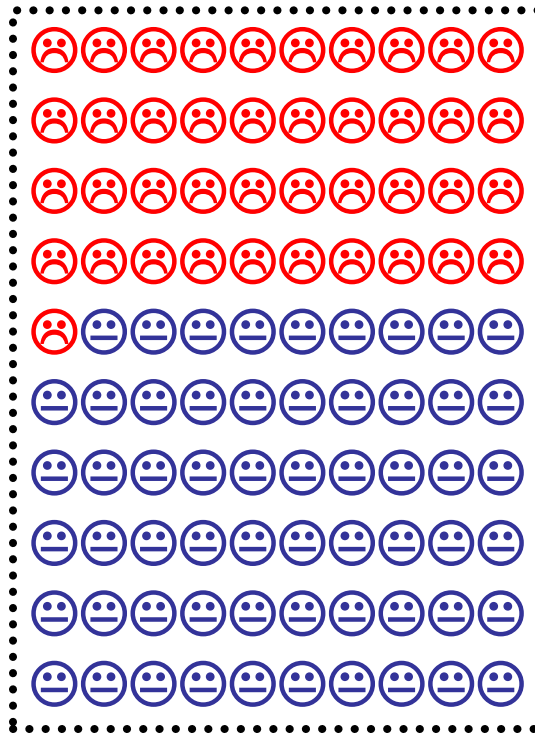
Diabetes-assoziierte Komplikation

100 Patienten über 10 Jahre

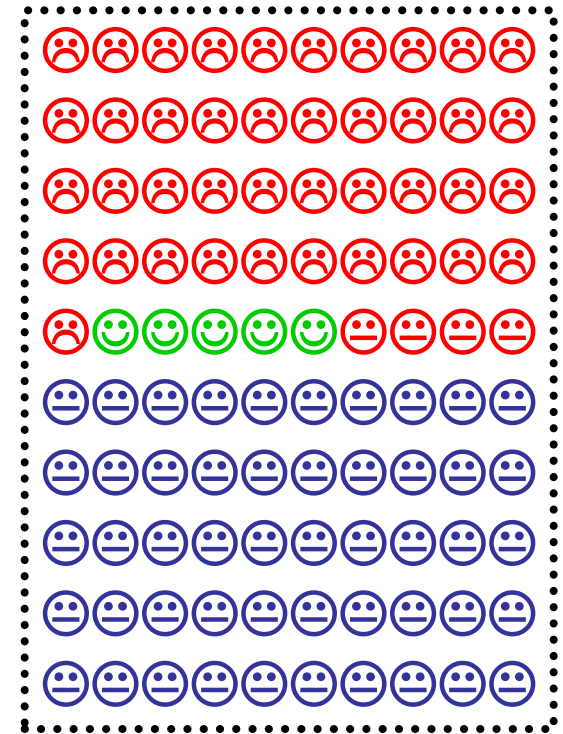
Konventionell
(HbA1c ca. 8%)



Intensiviert
(HbA1c ca. 7%)



Vergleich



5 von 100 Personen hätten einen Nutzen von der intensivierten Therapie.
D.h. 95 von 100 hätten keinen Nutzen.

Können Patienten EBPI verkraften?

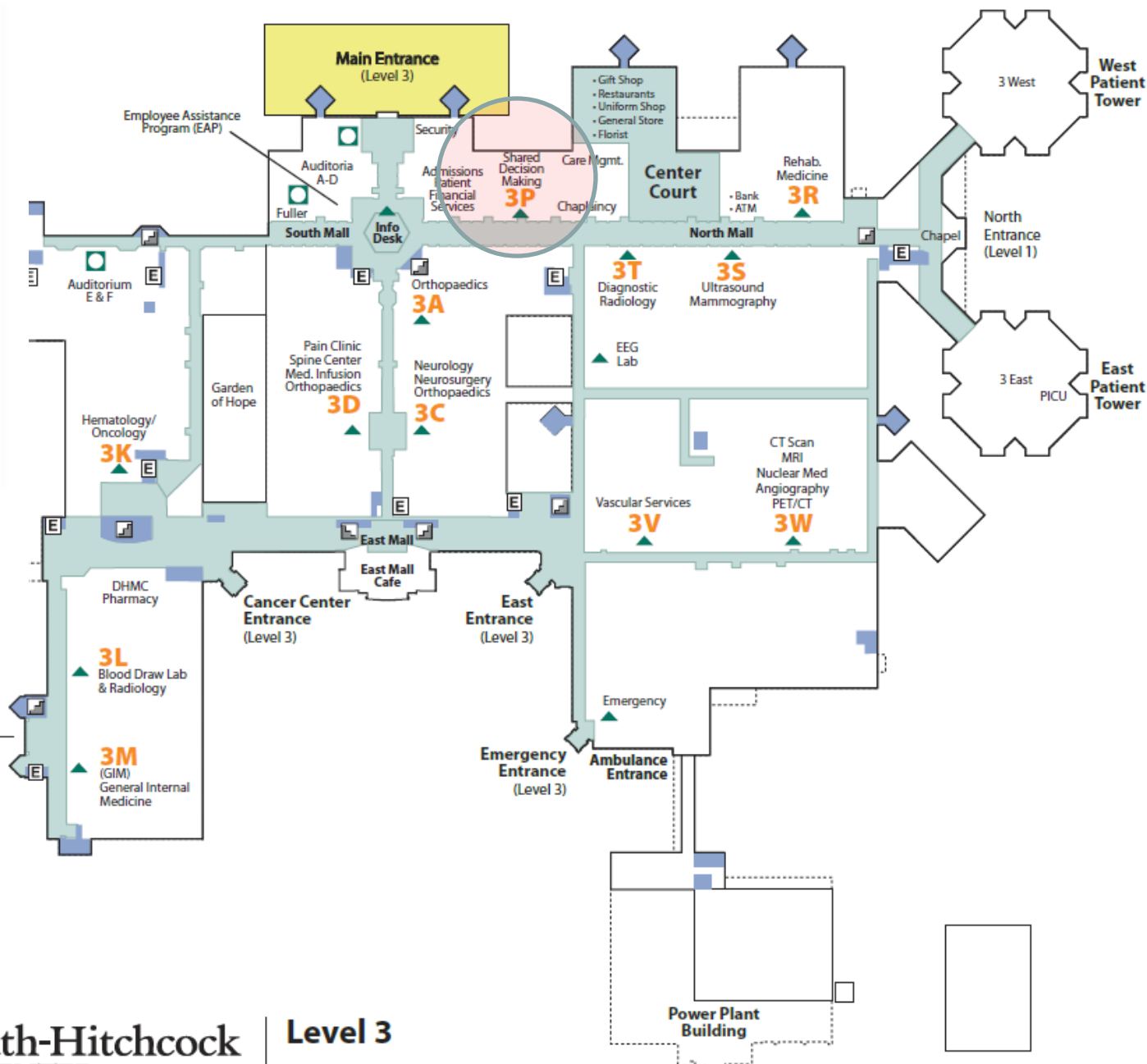
- Patienten wollen und können nicht entscheiden (meinen die Profis)
 - Belastung
 - Verletzbarkeit
 - Angst (vor falschen Entscheidungen)
 - Gefahr falscher Entscheidungen (Therapieabbruch)
 - Überforderung (psychisch, intellektuell)
- Patienten wollen die Möglichkeit zur informierten Entscheidung (meinen die Patienten)

Indikationen für informierte/geteilte Entscheidungsfindung

- Entscheidungen bei potentiell lebensbedrohlichen Erkrankungen
- Entscheidungen bei Schlüsselmomenten im Krankheitsverlauf
- Wichtigen Ungewissheiten bezüglich der medizinischen Entscheidungslage
- Hohe Bedeutung individueller Präferenzen bezüglich unterschiedlicher Maßnahmen



The Shared Decision Making Service at Dartmouth-Hitchcock Medical Center in Lebanon, New Hampshire, helps patients with the process of making a health care decision.



Das Patienten-Informations-Zentrum (PIZ) am Herz-Zentrum Bad Krozingen

Patientenedukation strukturieren

Claudia Imbery und Marcel Sailer

Im Zusammenhang mit der personellen Besetzung der Zentren entbrannte in der Arbeitsgruppe bald eine intensive Diskussion um die konkreten Aufgaben und Kompetenzen der im PIZ tätigen Mitarbeiterinnen. Der Tätigkeitsschwerpunkt in der Bibliothek sollte auf der Unterstützung von Ratsuchenden bei der Informationsrecherche liegen. Um Konflikte mit anderen Berufsgruppen, beispielsweise der Ärzteschaft, zu vermeiden, würde es dabei unerlässlich sein, die Grenzen der Information und Beratung zu beachten. In der Arbeitsgruppe wurden daraufhin bestimmte Grundsätze für die tägliche Arbeit entwickelt, deren Darstellung auch in der Außenkommunikation von Bedeutung ist:

- Im PIZ werden keine Diagnosen gestellt.
- Im PIZ werden keine Therapievorschläge gemacht.
- Im PIZ erfolgt keine Beeinflussung des Patienten in eine bestimmte Richtung.
- Im PIZ erfolgt keine **Bewertung bisheriger Behandlungsverfahren**.
- Im PIZ erfolgt keine Information und Beratung über nicht anerkannte Verfahren.
- Der PIZ-Besuch ist kein Ersatz für den Arztbesuch, sondern vielmehr als Ergänzung zu verstehen.

Im und frühzeitige Entlassungen wird bei Patienten ein erhöhter Schulungs- und Informationsbedarf mit der Erkrankung nach der Akutphase immer deutlicher. Gerade bei den Betroffenen oftmals Sorgen und Zukunftsängste. Diesen mit einer professionellen Beratung, Information und Schulung begegnet und der Erkrankung geleistet werden. Dem individuellen Beratungs- und Informationsbedarf in hoher Qualität entsprochen werden. Die Implementierung eines Informationszentrums (PIZ) an einem Herzzentrum zeigt beispielhaft, wie professionelle Schulung durch Pflegenden in einer Akutklinik verankert werden kann.

Ernährung im fortgeschrittenen Demenzstadium

PEG - Forschungsstand

- Im späten Stadium der Demenz ist durch die Anlage einer PEG-Sonde kein Nutzen für den Betroffenen zu erwarten
- Wenig Nahrung scheint nicht mit Unwohlsein verbunden
- Nebenwirkungen wie gastrointestinale Probleme aber auch die Anwendung von Fixierungen sowie Mangel in Zuwendung sind wahrscheinlich
- Nahrung anreichen ist hier die Methode der Wahl
- Aber...

Mitchell 2008, Pasman 2005

Warum werden trotzdem PEG gelegt?

- Ernähren ist eine tiefverwurzelte soziale und moralische Vorgabe
- Angst vor vorzeitigem Versterben (Euthanasie)
- Gefühlsentscheidung statt Entscheidung basierend auf Evidenz

Wer ist beteiligt?

- Betroffene
- Angehörige
- Betreuer
- Pflegende
- Ärzte
- ...



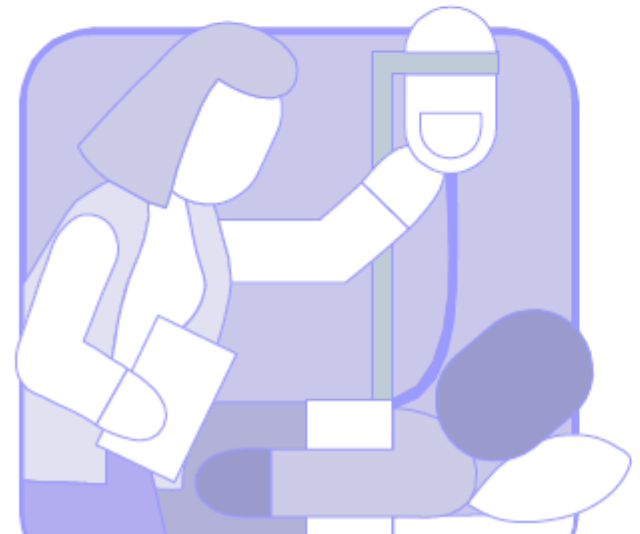
Bedeutung für Entscheidungen

- Es gibt nur sehr geringe Evidenz für PEG-Sonden bei Menschen mit Demenz
- Entscheidungssituationen zeichnen sich durch komplexe moralische und ethische Probleme aus
- Das Wissen aller Beteiligten um die Evidenz könnte die Versorgung verbessern
- Ein multi-disziplinärer Ansatz ist unverzichtbar
- Hier sollten Pflegende eine bedeutende Rolle einnehmen

Entscheidungshilfen (Decision Aids)



Long Term Feeding Tube Placement in Elderly Patients



Mitchell 2008

A booklet and audio tape for substitute decision makers
© Mitchell, Tetroe and O'Connor 2001 (updated 2008).



Personal Worksheet for Feeding Tube Placement



1

Vorteile

Conditions may improve
Underlying condition

Likelihood of recovery
☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

Likelihood of eating again independently
☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

May improve nutrition

Patient is very malnourished

☐ Yes ☐ No

Possibility of handfeeding

☐ Yes ☐ No ☐ Maybe

Weitere Aspekte

with tube feeding

The patient is over 85 ☐ Yes ☐ No

Undernourished ☐ Yes ☐ No

Previous malignancy ☐ Yes ☐ No

Aspiration

Feeding tube will not prevent aspiration in those who are likely to aspirate

Nachteile

Complications from the feeding tube:

Minor: infection, bleeding, temporary diarrhea, tube problems

Major: infection, bleeding, tube problems, death

Agitation with the tube

Is the patient likely to get agitated with the feeding tube?

☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

Need for special facility

Will feeding tube limit where patient can receive care?

☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

Lebensqualität

Patient's quality of life in the last 3 months

☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ☐ Unsure

Will feeding tube provide quality of life acceptable to patient?

☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

Is feeding tube likely to prolong a poor quality of life?

☐ Likely ☐ Unlikely ☐ Unsure

2

Was möchte Ihr Angehöriger?

health care?

Previous discussion ☐ Yes ☐ No

Living will ☐ Yes ☐ No

What do you think (based on a living will, previous discussion or your family member's beliefs) is the patient's overall feeling in this situation about the use of medical technologies like feeding tubes?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

In Favour

Unsure

Against



Personal Worksheet for Feeding Tube Placement



3 Was löst die Entscheidung bei Ihnen aus?

	Not much	Somewhat	A lot
Feelings of guilt	☐	☐	☐
Feelings of pressure from others	☐	☐	☐
Conflict between your personal beliefs and those of the patients	☐	☐	☐
Worry about future decisions regarding continuing with the tube	☐	☐	☐

4 Welche Fragen gilt es vor einer Entscheidung zu beantworten?

5 Wer soll entscheiden?

6 Wozu „neige“ ich bezüglich der Entscheidung?



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Put in tube Unsure Supportive care only

Ihr persönlicher Arbeitsbogen

1. Wie ist die Situation Ihres Angehörigen?

Wie ist der Ernährungszustand Ihres Angehörigen?

☐ gut

☐ schlecht

☐ sehr schlecht

Was ist die Ursache für das Ernährungsproblem?

☐ körperliche Beeinträchtigung

☐ störende Umgebungsfaktoren

☐ fehlender Appetit

☐ erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf

☐ krankheitsbezogene Gründe

☐ weiß nicht

Sind alle Maßnahmen zur Behandlung des vorliegenden Ernährungsproblems ausgeschöpft worden?

☐ ja

☐ nein

Was könnte zusätzlich Besserung bringen?

Ist es wahrscheinlich, dass sich das zugrunde liegende Ernährungsproblem durch eine PEG bessert?

☐ ja

☐ nein

Was könnte alternativ zur PEG Besserung bringen?

http://www.aok.de/assets/media/bundesweit/Einleger_Fragebogen_DRUCK_NEU.pdf

.... und alle, die privat oder beruflich als Pflegende, Ärzte, Betreuer oder Therapeuten an der stellvertretenden Entscheidung für einen alten Menschen im häuslichen oder stationären Umfeld beteiligt sind.

Schlussfolgerung

- Pflegende sind hervorragend geeignet, die im therapeutischen Team bisher nicht besetzte Nische einer angemessenen Informationsvermittlung zur informierten Entscheidungsfindung auszukleiden
- Voraussetzung ist ein einschlägiger Kompetenzerwerb in EbM und SDM und die Aufgabe des Informationsprimates durch Ärzte sowie die Schaffung entsprechender Planstellen
- Die Vorteile liegen auf der Hand: Optimierung des Informationsangebots → bessere Entscheidungen, mehr Handlungssicherheit ...

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

