

Shared decision-making als genuin interprofessionelle Aufgabe

Anforderungen, Konzepte und Best Practice Beispiele

Tanja Krones

Co-Leitung Klinische Ethik

USZ/Institut für Bio-
medizinische Ethik und
Medizingeschichte UZH



14.
**Qualitätssicherungs-
konferenz**

am 23. und 24. November 2023
in der Urania Berlin

COI

HONORARE für Vorträge zu Klinischer Ethik, Patientenzentrierte
Versorgung inkl. Shared Decision making und Advance Care
Planning

Agenda

- 1) Einstieg: Waren wir jemals nicht interprofessionell?
- 2) interprofessionelle ethische Grundlagen und das «Quadruple aim of Health Care»
- 3) Person-centered care: Shared decision-making und Advance care planning
- 4) Best practice: Beispiele interprofessioneller Team-/Kommunikationsprozesse, erfolgreicher Wissens- und Skillstransfer



Die Differenzierung von Arzt- und Pflegeberuf

1. Historisch gesehen

- entwickelt sich der **Arztberuf** primär aus dem Priestertum heraus mit dem Schwerpunkt Diagnostik, Prognostik und Diätetik → ***Fokus auf Ursache und Prävention von Krankheit***
- entwickelt sich der **Pflegeberuf** primär aus Diakonie und Mönchtum mit dem Fokus Armen-, Sozialfürsorge und Behandlungspflege → ***Fokus auf Auswirkungen von Krankheit***

2. In beiden Bereichen wird Heilwissen gesammelt und weitergegeben.

3. Die heutige Arbeitsteilung und Hierarchisierung zwischen Ärzt:innen, Pflegenden und weiteren Gesundheitsfachpersonen entsteht erst in der Neuzeit.

Ärztlich-pflegerische Delegation

	Anordnungs- Kompetenz*	Anordnungs- Verantwortung**
Durchführungs- Kompetenz*		
Durchführungs- Verantwortung**		

* Fertigkeiten (skills); ** formale Zuständigkeit

Beispiele:

- ad 1:** Konflikte bei gleicher oder besserer Qualifikation der Pflegeperson (z.B. erfahrene Hebamme und junge Ärztin im Gebärsaal)
- ad 2:** Konflikte bei Ausführen von ärztlichen Verordnungen im Spätdienst, wenn eine Pflegendende in Ausbildung die Station führt
- ad 3:** Konflikte bei für gefährlich eingestufte Verordnungen (z.B. Schmerzmittel, Narkotika. ...), Verweigerung aus Gewissensgründen
- ad 4:** Konflikte bei fehlender gegenseitiger Anerkennung („Konkurrenz“)

«Moral agency» und «Moral distress»

moral agency

Jede Person, die sich der Handlung bewusst ist, trägt eine moralische, nicht deligierbare Mitverantwortung und hat daher ein Recht auf Beachtung seiner moralischen Grundanliegen und Bedenken.

moral distress

Entsteht, wenn die moral agency nicht zum tragen kommen kann.

“Moral distress has been a problem for nurses in many areas of practice... Among hospital nurses, moral distress has been characterized by anger, guilt, powerlessness, and frustration, and has been associated with nurses losing their capacity for caring, avoiding patient contact, failing to give good physical care, burnout, and leaving the nursing profession.”

Laabs, C.A.: Primary Care Nurse Practitioners' Integrity When Faced With Moral Conflict; Nursing Ethics 2007 (14) 795 - 809

Interprofessionelle ethische Grundlagen des Gesundheitswesens

Medizinische Ethik (eigentlich)

Salus aegroti suprema lex

Voluntas aegroti suprema lex

Doctor knows
best!



Sapere aude! (Habe Mut,
dich deines eigenen
Verstandes zu bedienen!)



1950 Jahre n.Chr. (250 Jahre n.K.)

**Erstmals juristische Festlegung einer informierten
Zustimmung (Informed Consent) eines betroffenen
Menschen als ETHISCH LEGALES MINIMUM in
ärztlich empfohlene medizinische Eingriffe**

Informed Consent = einsichtige Einwilligung

ETHISCH LEGALES MINIMUM

Voraussetzungen

- 1) Kompetenz zu verstehen
- 2) Freiwilligkeit im Entscheiden

Gesundheitsfachperson:

«überprüft»/versichert sich Voraussetzungen des Patienten;
«Urteilsfähigkeit»

Informationselemente

- 1) Aufklärung (materielle Informationen)
- 2) Empfehlung eines Behandlungsplans
- 3) Verstehen der Informationen

Gesundheitsfachperson:

-Gibt die entscheidungsrelevanten Informationen
-Spricht Empfehlung aus
-Versichert sich, ob die Patient*in die Informationen verstanden hat

Entscheidungselemente

- 1) Entscheidung für oder gegen einen Behandlungsplan
- 2) Ermächtigung hinsichtlich des gewählten Planes

Patient:in

Entscheidungsträger:in(!)
Ermächtigt uns, die Behandlung/Betreuung durchzuführen

2 zentrale Fragen bei individuellen Patient:innen

1. Was sind unsere zentralen (Therapie)-Ziele?
(inkl. aller Alternativen)

2. Was will mein:e Patient:in?

∅ 2 Fragen bei jeder Form von Behandlung, Aufklärung
und Massnahmenfestlegung zur Beantwortung der
klinisch-ethischen Frage

∅ „Was sollen wir tun“?

- ∅ Vorsicht mit der Aussage «Das müssen wir tun»
 - ∅ 1) man «muss» selten
 - ∅ 2) Unterscheidung von Können, Sollen und Müssen



Der Wunsch nach Sicherheit

**Manche haben dasselbe
Verhältnis zur Ethik und
Wissenschaft wie ein
Betrunkener zu einer
Laterne: Man sucht Halt
und nicht Erleuchtung**

Grey zone of decision making



PAPER 96-23

GUIDELINES IN THE MIST

Jonathan Lomas and John Lavis

NOT FOR CITATION WITHOUT PERMISSION

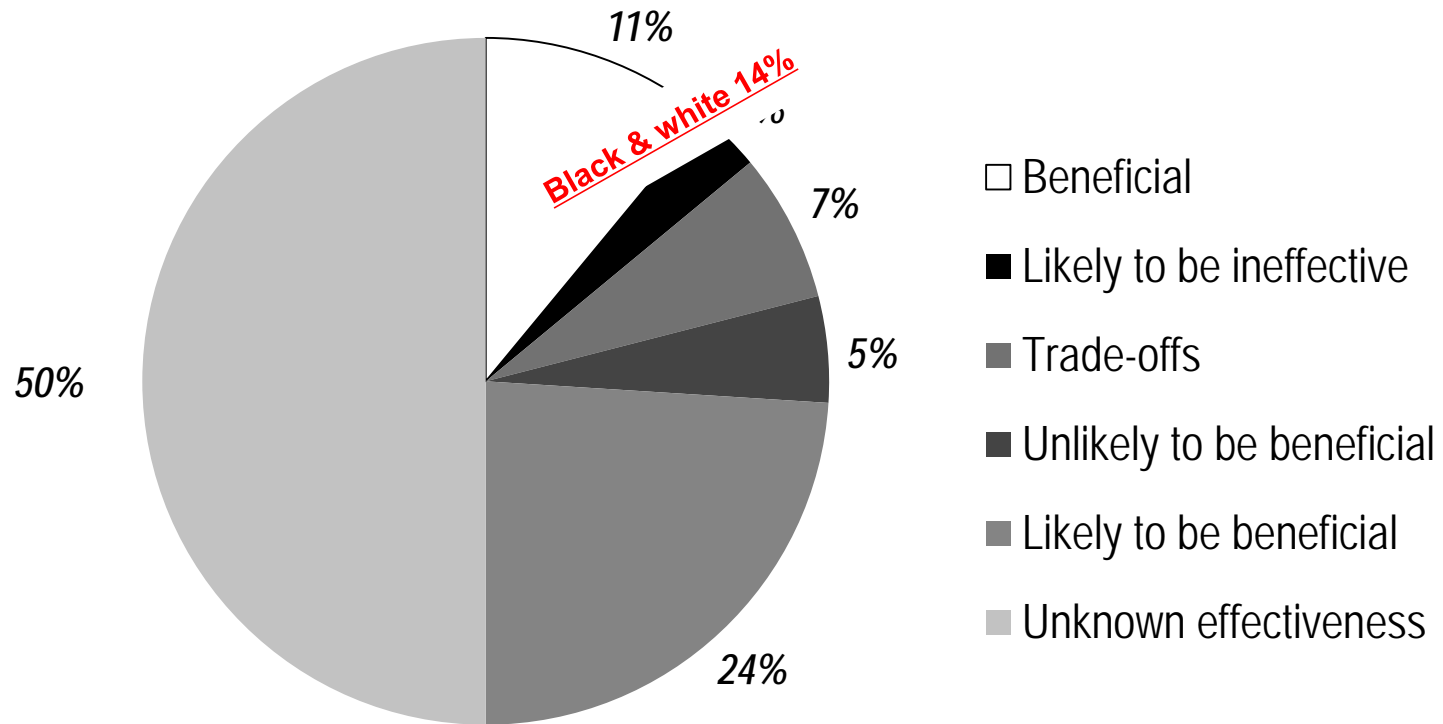
“Physicians face 3 kinds of medical circumstances:

“black” = situations in which the practitioner has good evidence that an intervention is likely to do no good or, worse, more harm than good

“white” = situations in which the practitioner has good evidence that an intervention is likely to do more good than harm

“grey zone” = the rest

Grey zone of decision making

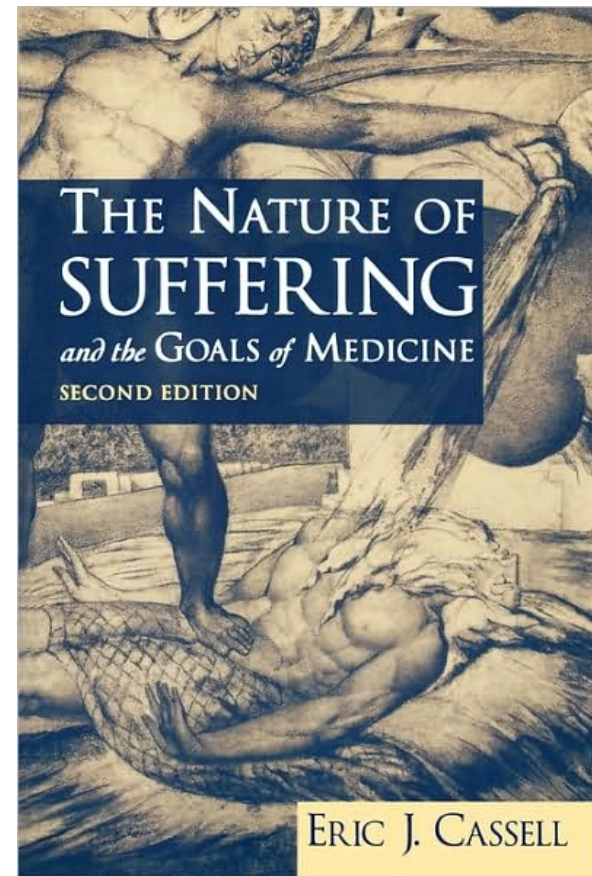


Outputs of systematic reviews on:
Benefits of more than 3000 health interventions
Editorial team of BMJ *Clinical Evidence*

Ziele der Medizin

- 1) Vorzeitigen Tod vermeiden
- 2) Krankheit vorbeugen
- 3) Kranke betreuen
- 4) Leid lindern

=> Lebens- und Sterbensqualität



Differenzierung: Potentiell legitime medizinische Therapieziele

Heilung einer Erkrankung („Therapeutischer Imperativ“)

Verhinderung eines frühzeitigen Todes

Lebensverlängerung bei gegebener Erkrankung

Steigerung/Erhalt von Lebensqualität

Erhalt von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle

Verbesserung oder Aufrechterhaltung von Funktionen

Symptomkontrolle, Leidensbekämpfung

Ermöglichung eines „guten Todes“

Hilfestellung für Familie und Angehörige

„Wo können wir gemeinsam mit den Patient:innen hin?“

„Erreichen wir dieses Therapieziel mit den gegenwärtigen/geplanten Massnahmen realistischerweise?“

Nutzen für Patient:innen

Medizinische Wirksamkeit

Klinischer Effekt bzgl. bestimmter Parameter

Medizinisches Fachurteil über *Effektivität*

Notwendig, aber nicht hinreichend für Nutzen

Nutzen ← **Entscheidend für Behandlung**

Für Patient:in *erstrebenswertes* Behandlungsziel

Werturteil der Patient:innen

Nutzlosigkeit

Medizinisch **↳ Gesundheitsfachpersonen**

Keine physiologische Wirksamkeit

Therapieziel nicht erreichbar

“All things considered” **↳ Patient:in**

Geringe Erfolgsaussichten

Möglicherweise Schaden > Nutzen

Keine erstrebenswerten Ziele erreichbar

Inakzeptable Lebensqualität

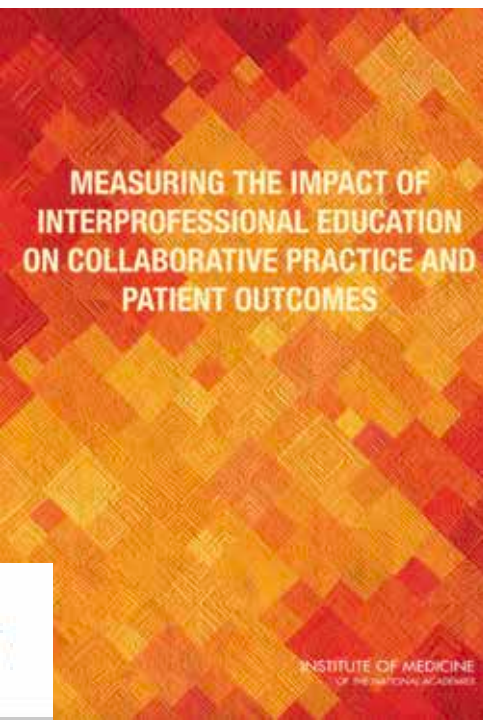




Ethische Grundlagen interprofessioneller Zusammenarbeit (LE4)

Interprofessionelles Modul Angewandte Ethik MSc FS 2023
Settimio Monteverde, PhD

• Berner Fachhochschule Gesundheit



MEASURING THE IMPACT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION ON COLLABORATIVE PRACTICE AND PATIENT OUTCOMES

INSTITUTE OF MEDICINE
OF THE NATIONAL ACADEMIES



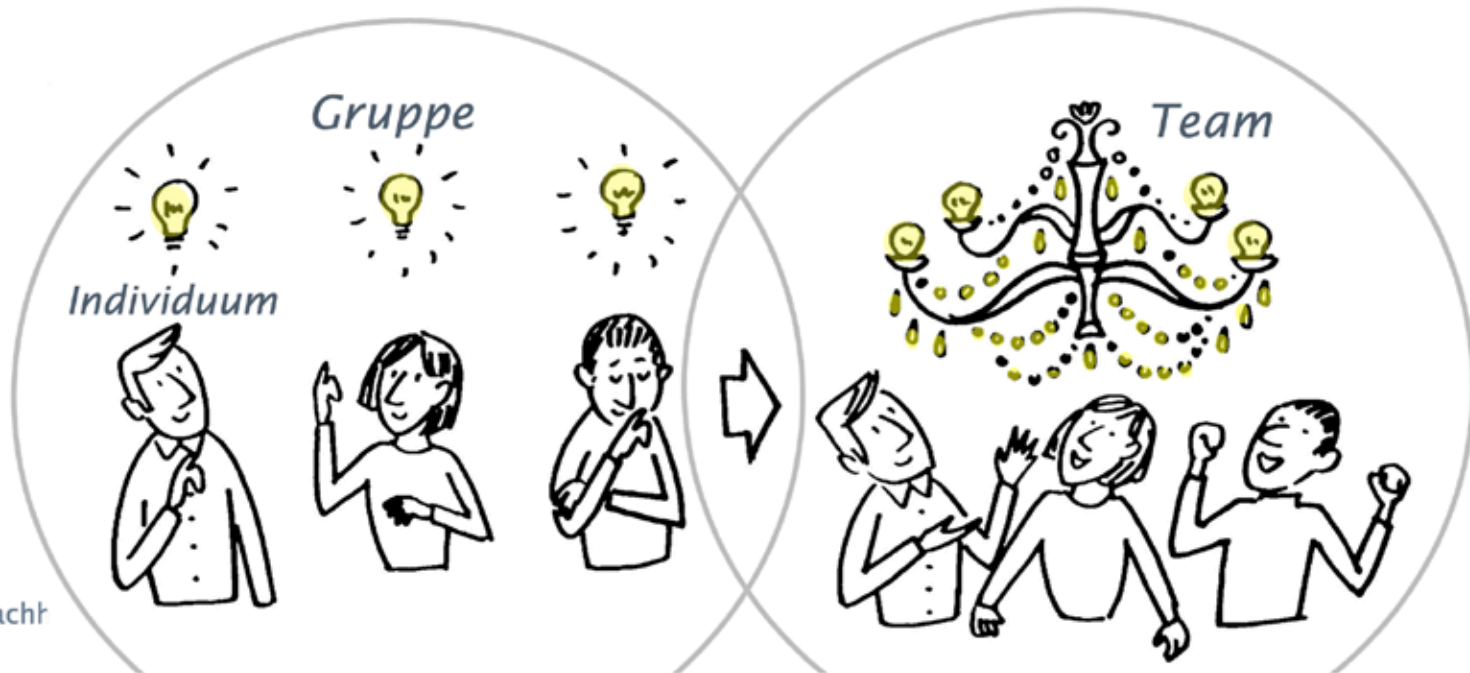
Health Professions Networks
Nursing & Midwifery
Human Resources for Health

Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice



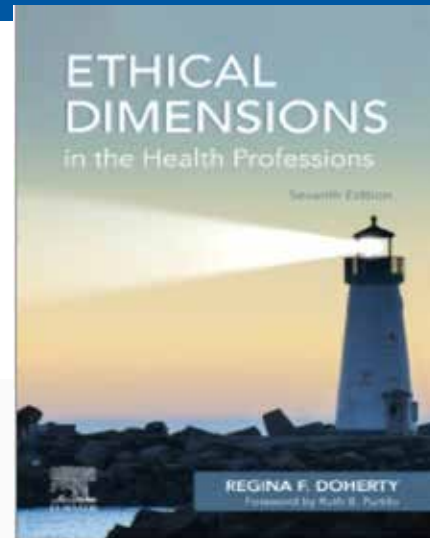
World Health
Organization

Individuum, Gruppe und Team



Berner Fachf

Doherty 2021 S. 155



Teams are likely to problem solve more effectively than individual providers and together provide more oversight and congruency to the patient's plan of care. But you cannot just put a cadre of providers together and expect them to be an effective team. Teaming toward the common goal of a caring response can be hard work. A team is different from a group because, by definition, a group is a collection of people with something in common, but a team is a collection of people working together toward a common agreed-on goal or outcome.⁷ Effective teams improve health outcomes and have been shown to increase quality of care, improve the coordination of care delivery for clients with complex conditions, reduce medical errors, reduce hospitalization time and costs, enhance accessibility for clients, and contribute to improve client satisfaction and workforce well-being (Fig. 7.1).⁸

Ethik interprofessioneller Zusammenarbeit: Stärkung der *team moral agency*

- ▶ Identifikation gemeinsam getragener, ethisch relevanter Handlungsziele
- ▶ Integration bestehender Kompetenzen
- ▶ kollektive Verantwortlichkeit für das Erreichen bestmöglicher Outcomes auf Patient*innen-, Team- und Organisationsebene i.S. einer *corporate social responsibility* (CSR), resp. corporate ethical responsibility

„ethische
Effizienz
und
Effektivität“

„Effective teams improve **health outcomes** and have been shown to increase **quality of care**, improve the **coordination of care delivery** for clients with complex conditions, **reduce medical errors**, **reduce hospitalization time and costs**, **enhance accessibility** for clients, and contribute to **improve client and workforce well-being.**“

RESEARCH ARTICLE

[HEALTH AFFAIRS](#) > [VOL. 27, NO. 3](#): HEALTH REFORM REVISITED

The Triple Aim: Care, Health, And Cost

[Donald M. Berwick](#), [Thomas W. Nolan](#), and [John Whittington](#)

PUBLISHED: MAY/JUNE 2008 **No Access**

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>

[VIEW ARTICLE](#) [PERMISSIONS](#)

[SHARE](#) [TOOLS](#)

Abstract

Improving the U.S. health care system requires simultaneous pursuit of three aims: improving the experience of care, improving the health of populations, and reducing per capita costs of health care. Preconditions for this include the enrollment of an identified population, a commitment to universality for its members, and the existence of an organization (an “integrator”) that accepts responsibility for all three aims for that population. The integrator’s role includes at least five components: partnership with individuals and families, redesign of primary care, population health management, financial management, and macro system integration.

[DETAILS](#) [EXHIBITS](#) [REFERENCES](#) [RELATED](#)

Article Metrics

Citations:
Crossref

3261



History

Published online 1 May 2008

Information

Copyright 2008 by Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc.

[PDF download](#)

REFLECTION

From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider

Thomas Bodenheimer, MD¹

Christine Sinsky, MD^{2,3}

¹Center for Excellence in Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California

²Medical Associates Clinic and Health Plan, Dubuque, Iowa

³American Medical Association, Chicago, Illinois

ABSTRACT

The Triple Aim—enhancing patient experience, improving population health, and reducing costs—is widely accepted as a compass to optimize health system performance. Yet physicians and other members of the health care workforce report widespread burnout and dissatisfaction. Burnout is associated with lower patient satisfaction, reduced health outcomes, and it may increase costs. Burnout thus imperils the Triple Aim. This article recommends that the Triple Aim be expanded to a Quadruple Aim, adding the goal of improving the work life of health care providers, including clinicians and staff.

Ann Fam Med 2014;12:573-576. doi: 10.1370/afm.1713.

The Crisis

The pandemic hit a healthcare system already caught in an epidemic of clinician distress. Measures to address burnout have been underway for decades, but have not made a meaningful impact. It is time to take a different approach.

2X

Doctors and nurses die by suicide at twice the rate of age-matched peers

2/3

Of doctors and nurses express feeling more distressed during the pandemic

2/3

Of nurses say they may leave patient care earlier than expected. 1/2 of doctors say the same

Healing/Resolution of Moral Injury

HeaR-MI:

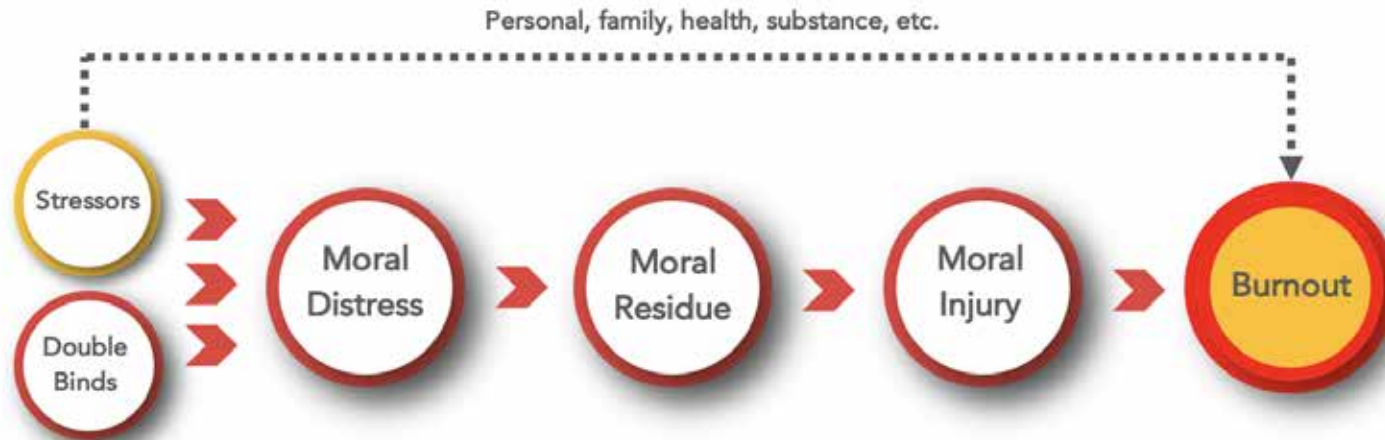
How reframing distress can
support your workforce and
heal your organization

Contents

Executive Summary	3
What is Moral Injury?	5
How is Moral Injury Different Than Burnout?	7
Why Address Moral Injury?	8
Getting at the Roots of Distress	9
The Language Clinicians Use	10
Distress in a Pandemic	11
Solutions	12
Healing/Resolution of Moral Injury	13
Our Organization	15
Leadership	16
Collaborating Partners	17
References	18
Moral Injury of Healthcare	19

Moral injury describes the situation which results in distress: the double bind of knowing how to care for patients but being unable to do it because of the constraints built into our systems of care. Of particular importance is that moral injury, as we frame it, does not refer to personal moral conflict, but to the conflict of being unable to uphold the professional standards of medicine.

Clinician Distress



Person-Centered Care:

Gemeinsame Realisierung von
Patient:innenautonomie,
Nicht Schaden.. durch

Shared Decision-Making,
Advance Care Planning,
Interprofessionelle Fehlerkultur

**Erica S. Spatz, MD,
MHS**
Section of
Cardiovascular
Medicine, Yale
University School of
Medicine, New Haven,
Connecticut; and
Center for Outcomes
Research and
Evaluation, Yale-New
Haven Hospital, New
Haven, Connecticut.

**Harlan M. Krumholz,
MD, SM**
Section of
Cardiovascular
Medicine, Yale
University School of
Medicine, New Haven,
Connecticut; and
Center for Outcomes
Research and
Evaluation, Yale-New
Haven Hospital, New
Haven, Connecticut.

**Benjamin W. Moulton,
JD, MPH**
Informed Medical
Decisions Foundation,
Healthwise Research
and Advocacy, Adjunct
Harvard School of
Public Health, Boston,
Massachusetts.

Opinion

VIEWPOINT

The New Era of Informed Consent Getting to a Reasonable-Patient Standard Through Shared Decision Making

PERSPECTIVE

Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice

*Glyn Elwyn, PhD^{1,2}, Dominick Frosch, PhD^{3,4}, Richard Thomson, MD⁵,
Natalie Joseph-Williams, MSc¹, Amy Lloyd, PhD¹, Paul Kinnersley, MD¹, Emma Cording, MB BCh¹,
Dave Tomson, BM BCh⁶, Carole Dodd, MSc⁷, Stephen Rollnick, PhD¹, Adrian Edwards, PhD¹, and
Michael Barry, MD^{8,9}*

¹Cochrane Institute of Primary Care and Public Health, Neuadd Meirionydd, Cardiff University, Cardiff, UK; ²The Dartmouth Center for Health Care Delivery Science, Dartmouth College, New Hampshire, NH, USA; ³Department of Health Services Research, Palo Alto Medical Foundation Research Institute, Palo Alto, CA, USA; ⁴Department of Medicine, University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA, USA; ⁵Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK; ⁶Collingwood Health Group, New York Surgery, North Shields, UK; ⁷Clinical Governance & Risk department, Newcastle upon Tyne Hospitals NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, UK; ⁸General Medicine Division, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA; ⁹Informed Medical Decisions Foundation, Boston, MA, USA.

□ **KEY WORDS:** shared decision making; patient centered care.

J Gen Intern Med 27(10):1361-7

DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6

© The Author(s) 2012. This article is published with open access at
Springerlink.com



GUIDING ETHICAL PRINCIPLES

The skills of SDM are unlikely to be developed, let alone exhibited, unless the clinician agrees with the guiding ethical principles. At its core, SDM rests on accepting that individual self-determination is a desirable goal and that clinicians need to support patients to achieve this goal, wherever feasible. Self-determination in the context of SDM does not mean that individuals are abandoned. SDM recognizes the need to support autonomy by building good relationships, respecting both individual competence and interdependence on others. These are the key tenets of both self-determination¹³ and relational autonomy.¹⁴ Self-determination theory is concerned with our intrinsic tendencies to protect and preserve our well-being.¹³ Relational autonomy is the term used to describe the view that we are not entirely free, self-governing agents but that our decisions

Was heisst also «Shared decision-making» ?

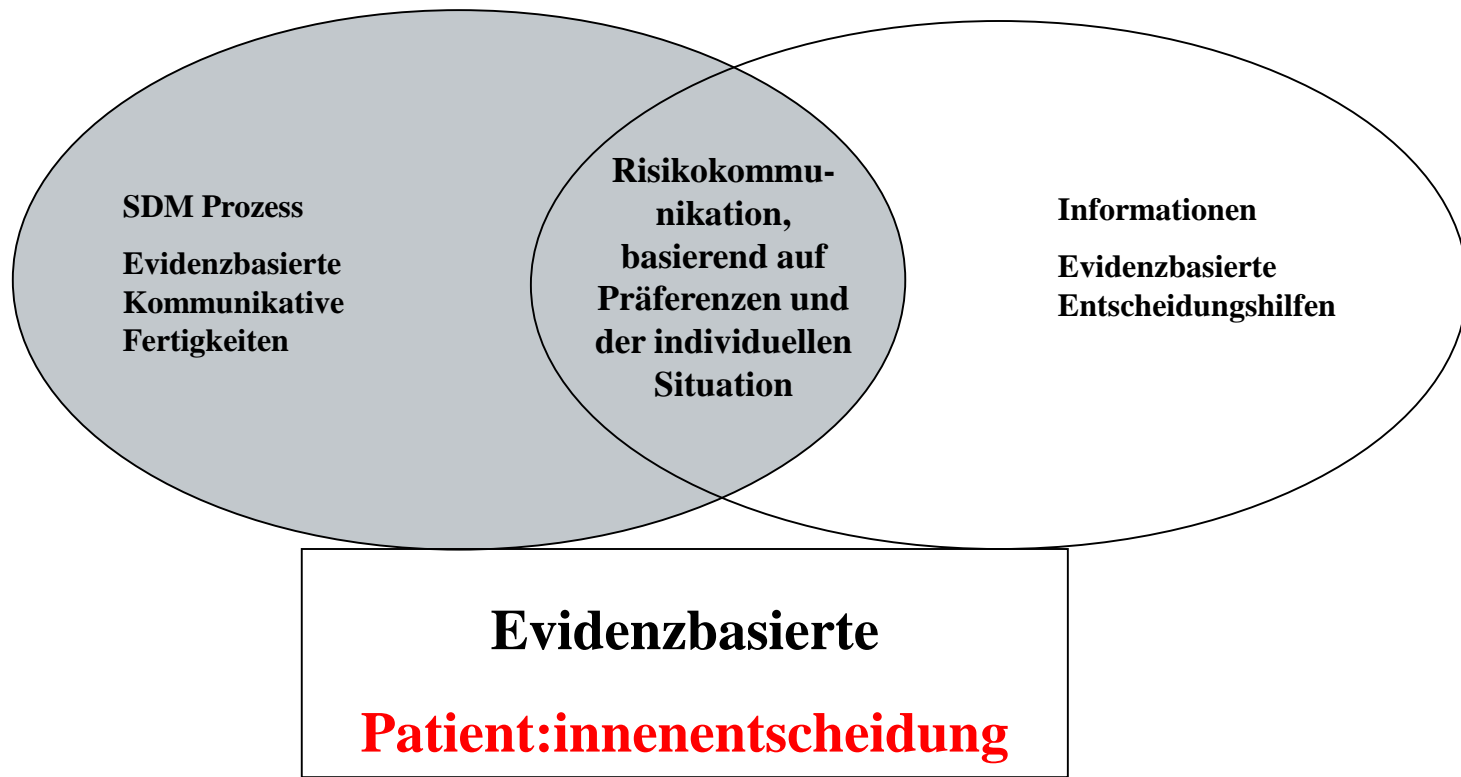
Prozess:

Mehr als Informed consent: Patient:in bzw. Stellvertreter:in wird auch in die Abwägung zur INDIKATION einbezogen, die NICHT ALLEINE durch Ärzt:innen gestellt werden

Entscheidung:

Gesundheitsfachpersonen müssen die Entscheidung nicht «billigen», sondern in fürsorglicher Verantwortung mittragen; Entscheidungsträger:in im Rahmen des medizinisch Möglichen bleibt (wie schon beim Informed consent) PATIENT:IN bzw. STELLVERTRETER:IN

SDM , DA und Evidenzbasierte Medizin (EbM)



English Deutsch Español Français Hrvatski Bahasa Malaysia Polski Русский 简体中文 Media Contact us Community My Account

 **Cochrane** Trusted evidence. Informed decisions. Better health.

Search...

Our evidence About us Join Cochrane News and jobs Cochrane Library ▶

Decision aids to help people who are facing health treatment or screening decisions

Published: 12 April 2017

Review question

 124

Who is talking about this article?


Nach Aufklärung durch evidenzbasierte Entscheidungshilfen neigen Patienten eher zu weniger OP's, mehr konservativem Vorgehen, eher zu effekt/-nebenwirkungsärmeren statt effektstärkeren, nebenwirkungsreicheren Medikamenten (so wie Ärzt:innen...)

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Goal setting is insufficiently recognised as an essential part of shared decision-making in the complex care of older patients: a framework analysis




Neeltje Vermunt^{1,2*} , Glyn Elwyn^{1,3,4}, Gert Westert¹, Mirjam Harmsen¹, Marcel Olde Rikkert^{5,6} and Marjan Meinders¹

Feature



Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model

Glyn Elwyn, BA, MD, MSc, PhD ^{1,2,*} and Neeltje Petronella Catharina Anna Vermunt, MD, MSc, PhD^{2,3,*}

Objective: Definitions of shared decision-making (SDM) have largely neglected to consider goal setting as an explicit component. Applying SDM to people with multiple long-term conditions requires attention to goal setting. We propose an integrated model, which shows how goal setting, at 3 levels, can be integrated into the 3-talk SDM model.

Results

In daily practice, needs are often interdependent and arise from personal, medical, and social problems. Decision-making in these situations is complicated by changes in health states and shifting priorities (9,34). Moreover, patients and clinicians often have different agendas (9,35–39), which, if not made explicit, remain hidden, albeit influential. In presenting results, we will first describe the integrated conceptual model, followed by a description of the steps, tasks, and clinical questions that arise from the model. Finally, we will apply the new model (see Figure 1) to our hypothetical patient: Peter Smit.

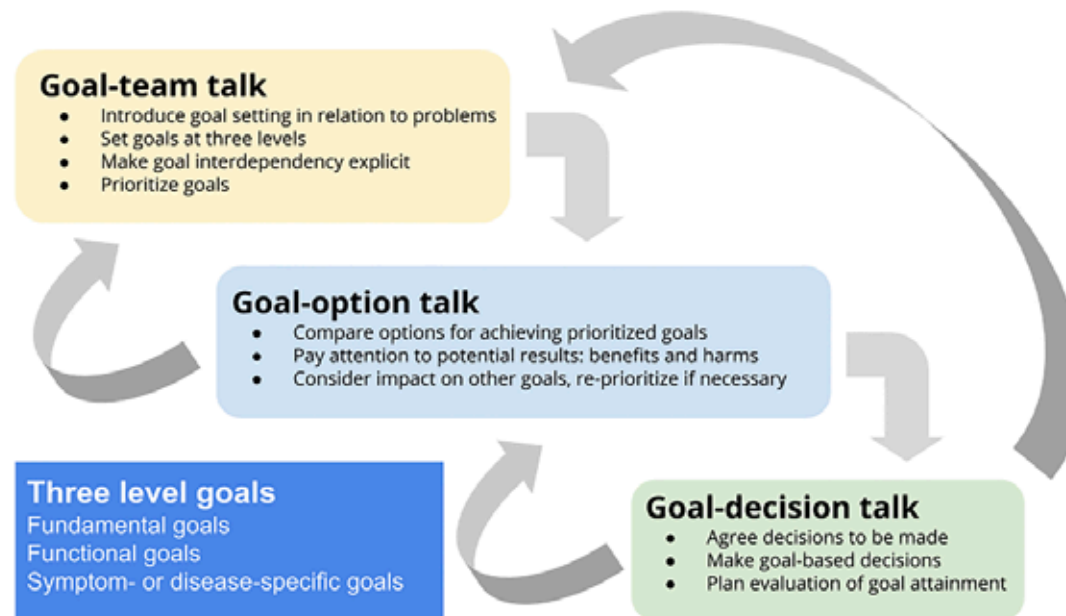


Figure 1. The goal-based shared decision-making model.

Advance Care Planning (Gesundheitliche Vorausplanung)

Erste Definition:

Interprofessionelles Shared decision-making

*"... Ein **Prozess** der den Patienten **befähigt**, seine Wünsche **gemeinsam** mit seinem **Behandlungsteam**, seiner Familie und anderen **wichtigen Bezugspersonen** auszudrücken. Gegründet auf dem ethischen **Prinzip der Patientenautonomie** und der legalen Bestimmung einer informierten Zustimmung hilft eine bestmögliche Vorausplanung, das **Konzept der informierten Zustimmung auch tatsächlich zu respektieren**, wenn der Patient **nicht** in der Lage ist, **aktiv an medizinischen Entscheidungen teilzunehmen**"*

Anspruchsrecht:
Kontinuierliche Aufgabe des Gesundheitswesens

Ethische Grundlage:
Realisierte Patient:innenautonomie

Ziel: Bestmöglicher Informed Consent für zukünftige medizinische Behandlungen bei urteilsunfähigen Patient:innen

Singer, Robertson, Roy 1996. *Bioethics for Clinicians. Advance Care Planning. CMAJ 15;155:1689-92*
Teno, Nelson, Lynn 1994. *Advance Care Planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Center Report 24;S32-36)*

ACP was defined as the ability to enable individuals to define goals and preferences for future medical treatment and care, to discuss these goals and preferences with family and health-care providers, and to record and review these preferences if appropriate. Recommendations included the adaptation of ACP based on the readiness of the individual; targeting ACP content as the individual's health condition worsens; and, using trained non-physician facilitators to support the ACP process

Definition Delphi Rietjens et al 2017
Lancet Oncol.



Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial

Tanja Krones,¹ Ana Budilivski,² Isabelle Karzig,³ Theodore Otto,⁴ Fabio Valeri,⁵ Nikola Biller-Andorno,⁶ Christine Mitchell,⁷ Barbara Loupatatzis⁸

Rosca et al. *BMC Medical Ethics* (2023) 24:64
<https://doi.org/10.1186/s12910-023-00944-7>

BMC Medical Ethics

RESEARCH

Open Access

Shared decision making and advance care planning: a systematic literature review and novel decision-making model



Ana Rosca^{1*}, Isabelle Karzig-Roduner², Jürgen Kasper³, Niek Rogger⁴, Daniel Drewniak⁵ and Tanja Krones²

Übersichtsarbeit

Shared Decision-Making als genuin interprofessionelle Aufgabe

Ana Rosca^{1,2,3}, Settimio Monteverde^{3,4} und Tanja Krones^{2,3}

¹Klinische Ethik, Stadtspital Triemli und Waid, Zürich, Schweiz

²Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich, Schweiz

³Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Schweiz

⁴Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Übersichtsarbeit



Shared Decision-Making als genuin interprofessionelle Aufgabe

Ana Rosca^{1,2,3}, Settimio Monteverde^{3,4} und Tanja Krones^{2,3}

¹Klinische Ethik, Stadtspital Triemli und Waid, Zürich, Schweiz

²Klinische Ethik, Universitätsspital Zürich, Schweiz

³Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich, Schweiz

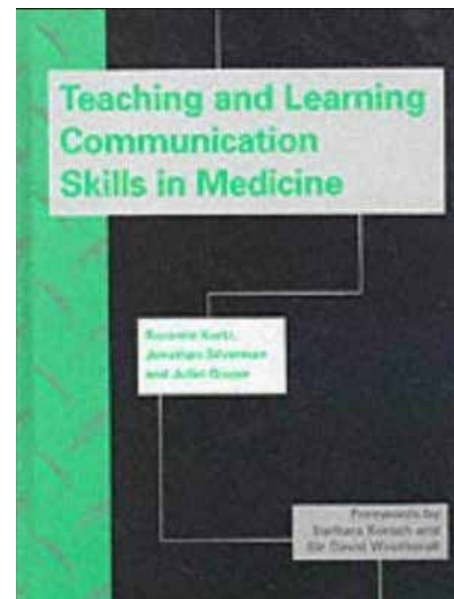
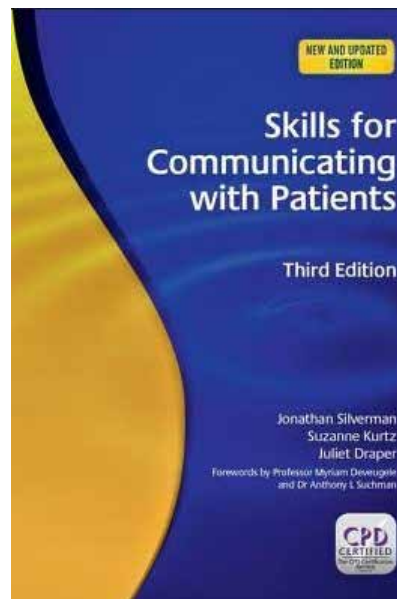
⁴Departement Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern, Schweiz

Zusammenfassung: Mit steigender Komplexität der Entscheidungsprozesse steigt auch die Komplexität der Kommunikationsprozesse, welche von allen an der Behandlung beteiligten Fachpersonen angepasste kommunikative Fertigkeiten erfordern. Shared Decision-Making (SDM) erfordert deswegen als Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung auch einen konsequenten Miteinbezug und die Mitgestaltung durch alle beteiligten Professionen. Wie Interprofessionalität (IP) verfolgt auch SDM das Ziel, bestmögliche Rahmenbedingungen für den klinischen Kontext herzustellen (hier die auf die Person «zugeschnittene» und mit ihr aufgrund ihrer Präferenzen und Werte vereinbarte Behandlung). Die zahlreichen positiven Auswirkungen sowohl von SDM als auch der interprofessionellen Zusammenarbeit machen die Integration beider Ansätze im klinischen Alltag nicht nur zu einer ethischen Notwendigkeit, sondern auch zu einer Voraussetzung für eine optimale Behandlungsqualität. Die spezifische Struktur von SDM hilft nicht nur in einer dyadischen Entscheidungssituation zwischen Ärzt_in und Patient_in, sondern auch in den interprofessionellen Behandlungsteams, sich von der individualistischen Sichtweise einer einzigen besten Lösung zu trennen und zu einem stärker interprofessionell orientierten Teamansatz überzugehen, der sowohl den Patient_innen als auch dem behandelnden Team zugutekommt.

Tabelle 1. Beispiele für IP-SDM

Klinischer Kontext	Entscheide	Berufsgruppen	Rollen	Tools und Ergebnisse
Diabetesmanagement bei hochbetagten, gebrechlichen Patient_innen	Insulinregime mit Fokus auf Minimierung von Spätfolgen oder Minimierung von Nebenwirkungen der Behandlung	Hausärzt_innen, Diabetes Advanced Practice Nurses; Ernährungsberater_innen; Fachspezialist_innen der Inneren Medizin und Endokrinologie; Spitex, Geriatrie u. a.	Therapiezielklärung gemeinsam mit Hausärzt_in, der Advanced Practice Nurse der Diabetessprechstunde am Spital; DiabetesEinstellung in der Inneren Medizin mit Bezug der Ernährungsberatung, Endokrinologie und Geriatrie; Austrittsmanagement mit Bezug von Hausärzt_in und Spitex	Verwendung der Arriba-Diabetes-Entscheidungshilfe (https://arriba-hausarzt.de/module/diabetes) Therapiezieladaptiertes, sicheres Diabetesmanagement für hochbetagte Patient_innen.)
prä- und perinatale Begleitung eines Kindes mit Trisomie 18 und dessen Eltern	Späteabbruch oder Austragen des Kindes, Geburtsmodus und -Ort, primär palliative Geburt oder primär lebensverlängernde Behandlung	Hebammen/ Geburtspflegefachperson, niedergelassene Gynäkolog_innen und Pränatalmediziner_innen, Psychosoziale Berater_innen, Pädiater_innen, Humangenetiker_innen, Interprofessionelle pädiatrische Palliative-Care-Spezialist_innen im Spital und ambulant	Diagnose und Feindiagnostik durch niedergelassene Ärzt_innen (Gynäkologie, Pränatalmedizin Human-genetik) Therapiezielklärung in ambulanten inter-professionellen Sprechstunden (Hebammen, Pädiatrie, Psychosoziale Beratung), Begleitung der Geburt durch Geburtshilfe, Hebammen, Neonatolog_innen, ggf. Palliative Care)	Verwendung der Paluth-Leitsätze [28]; perinatales Advance Care Planning mit Entscheid zur und Vorausplanung der lebensverlängernden Behandlung oder palliativen Geburt und Begleitung der Familie
Planung der Behandlung bei Brustkrebs	adjuvante/neoadjuvante Behandlung, radikale Mastektomie oder Lymphadenektomie; Umgang mit Haarverlust, Dauerbehandlungen als adjuvante Therapie; Bezug oder Verzicht auf Psychoonkologie oder komplementärmedizinische Verfahren, Erstellen einer Patientenverfügung (Advance Care Planning) oder Verzicht darauf	niedergelassene und Spital-Gynäkolog_innen/Onkolog_innen, Radio-Onkologie, Patholog_innen; Breast Cancer Nurses; Operative Gynäkologie, Komplementärmedizin, Psychoonkologie, Advance-Care-Planning- Berater_innen, Hausärzt_innen	Diagnostik und Feindiagnostik durch niedergelassene und Spitalgynäkologie, Onkologie und Pathologie, Therapiezielklärung und Massnahmenplanung (OP/ Bestrahlung/ adjuvante/ neoadjuvante Therapie, Umgang mit Nebenwirkungen) durch Gynäkologie, Onkologie, Radikonkologie und Breast Cancer Nurse, Beratung für die Dauerbehandlung nach Operation durch Onkologie, Gynäkologie, Breast Cancer Nurse, Begleitung durch Komplementärmedizin und Psychoonkologie, Therapiezielklärung für gesundheitliche Verschlechterung durch Advance-Care-Planning-Berater_in und Hausärzt_in	Entscheidungshilfe Brusterthalt oder Brustentfernung [29] Entscheidungshilfe Chemotherapie bei Brustkrebs [30] Durchführung oder Verzicht auf eine (radikale) Operation, Bestrahlung oder (neo)adjuvante Chemotherapie, Verwendung oder Verzicht auf haarehaltende Verfahren und Komplementärmedizin; Verfassen oder Verzicht auf eine valide umsetzbare Patientenverfügung bei gesundheitlichen Verschlechterungen [31]

«If you can't communicate it doesn't matter what you know»



achieve agenda agenda-led approach assess attitude behavioural Calgary-Cambridge observation guide Chapter clinical skills communicating with patients communication course communication curriculum communication programmes communication skills programmes communication skills teaching communication learning communication training consultation consulting medical education core skills context effectiveness decision-making ethics attitudes discussion doctor-patient communication doctors evaluation experience experiential learning experiential methods explanation and planning explicit feedback and learning feedback formative assessment goal-oriented health important impact individual skills interviewing skills Jonathan Silverman Kurtz learning communication skills medical education medical interview medical education Medical Skills medical students medicine musician non-verbal outcome-based analysis outcomes participatory physical examination physicians practice problem-based learning programme directors questions role patients (PROFESSOR) research evidence resource role play simulated patients skills-based analysis standardized patients strategy suggestions summative assessment supportive team teaching and learning teaching resources for undergraduate understanding University of Calgary videotape

Informed Consent = einsichtige Einwilligung

ETHISCH LEGALES MINIMUM

Voraussetzungen

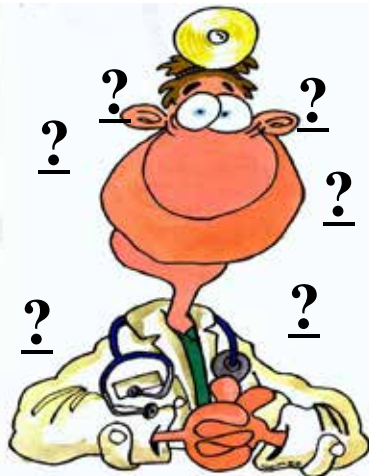
- 1) Kompetenz zu verstehen
- 2) Freiwilligkeit im Entscheiden

Gesundheitsfachperson:

«überprüft»/versichert sich Voraussetzungen des Patienten;
«Urteilsfähigkeit»

Informationen

- 1) Aufklärung
- 2) Empfehlung
- 3) Verstehen



Informationen)
lungsplans
en

Gesundheitsfachperson:

-Gibt die entscheidungsrelevanten Informationen
-Spricht Empfehlung aus
-Versichert sich, ob die Patient*in die Informationen
verstanden hat

Entscheidung

- 1) Entscheidung über einen Behandlungsplan
- 2) Ermächtigung hinsichtlich des gewählten Planes

Patient:in

Entscheidungsträger:in(!)
Ermächtigt uns, die Behandlung/Betreuung
durchzuführen

Vorschläge «Verstehen der Information durch die Patient:in?»

- Haben Sie noch Fragen?
- Haben Sie alles verstanden?

Können Sie mir in ihren eigenen Worten nochmal kurz sagen, was Sie verstanden haben, damit ich sicher bin, dass Sie nachher alle Informationen haben, um für sich richtig entscheiden können?

Breaking Bad news für Interprofessionelle Profis



Fall 3 Das letzte Stück gemeinsam

Fallsituation für **Chirurg/in**

Herr Hunziker, 60 j. Patient

- Anamnestiche Angaben:**
Der alleinstehende Patient hat vor seinem Unfall noch als Lektor in einem Verlag gearbeitet. Mit bedingt durch den Lebensstil (40py) leidet der Patient an mässiger claudicatio intermittens und Angina Pectoris seit einigen Jahren, deshalb 2 mal hospitalisiert gewesen, ansonsten aber blande Vorgeschichte.
- Diagnose/Zusammenfassung der Fallgeschichte**
Sie sind der/die behandelnde Chirurg/in bei einem/r Patientin/Patienten im etwas fortgeschrittenen Lebensalter, der/die vor zwei Monaten einen schweren Unfall mit Abquetschung beider Beine erlitten hat, ansonsten lediglich mehrere Schürfwunden. Aktuell ist der Patient wach und weitgehend adäquat. Aufgrund der Schwere der Verletzung und der zusätzlichen Gefässschädigung (vorbestehende Claudicatio intermittens, Angina Pectoris, bei 40 py, Niere seit einigen Wochen ausgestiegen) musste immer wieder nachreseziert werden, es sind aktuell nur noch kleine Oberschenkel-Stümpfe vorhanden, die aber seit einigen Tagen auch nicht gut aussehen. In der interdisziplinären chirurgischen Besprechung heute Morgen wurde der Patient/die Patientin intensiv diskutiert. Die Stümpfe sehen so schlecht aus auf beiden Seiten, dass diese weiter versorgt werden müssten. Als letzte Option würde nur noch die beidseitige Exartikulation stehen, die aber eine so hohe Mortalität hätte, dass der/die Patient/in daran versterben würde. Es besteht daher sicher keine chirurgische Sanierungsoption mehr. Sie möchten dies gemeinsam mit den zuständigen IPS Ärzten und Bezugspflege besprechen. Die infauste Situation bezüglich der Wundversorgung möchten Sie interdisziplinär mit dem IPS Behandlungsteam (Ärzte und Bezugspflege) erörtern bevor Sie gemeinsam zum Patienten gehen. Diese/r ist darüber informiert, dass heute gemeinsam über die aktuelle Situation mit ihm/ihr besprochen wird.
- Auftrag**
Sie sind der/die behandelnde Chirurg/in und führen gemeinsam mit der Intensivpflegenden und dem/der behandelnden intensivmedizinischen Kollegen/Kollegin das „breaking bad news Gespräch“ mit Herrn Hunziker durch.
Vor dem Gespräch besprechen Sie gemeinsam das Vorgehen und treffen konkrete Absprachen zur palliativen Begleitung und zum gemeinsamen Vorgehen.
Sie haben die Aufgabe, zusammen dem Patienten die schlechte Nachricht zu überbringen.
Nach dem Gespräch verabschieden Sie sich vom Patienten. Bitte bleiben Sie im Raum und führen Sie das Nachgespräch Ärzte - Pflegende zum weiteren Vorgehen gemeinsam im Raum durch.
- Zur Verfügung stehende Zeit**

Dauer	Was
10 Min	Individuelle Vorbereitung und lesen der Fallsituation
2 Min	Vorgespräch Ärzte – Pflegende vor dem Gespräch mit Patient
20 Min	Gemeinsames Gespräch mit Patient
3 Min	Vorbereitung Selbsteinschätzung
3 Min	Nachgespräch Ärzte - Pflegende zum weiteren Vorgehen
30 Min	Debriefing zusammen mit Patientin, Lead bei Trainer/in

Fall 3 Das letzte Stück gemeinsam

Fallsituation für **Pflegfachperson**

Herr Hunziker, 60 j. Patient

- Anamnestiche Angaben:**
Der alleinstehende Patient hat vor seinem Unfall noch als Lektor in einem Verlag gearbeitet. Mit bedingt durch den Lebensstil (40py) leidet der Patient an mässiger claudicatio intermittens und Angina Pectoris seit einigen Jahren, deshalb 2 mal hospitalisiert gewesen, ansonsten aber blande Vorgeschichte.
- Diagnose/Zusammenfassung der Fallgeschichte**
Sie pflegen seit einigen Wochen als Bezugspflegende/r Herrn Hunziker, der vor 2 Monaten einen Autounfall mit Abquetschung beider Beine erlitten hat. ansonsten lediglich mehrere Schürfwunden. Aufgrund der Schwere der Verletzung und der zusätzlichen Gefässschädigung (vorbestehende Claudicatio intermittens, Angina Pectoris, bei 40 py) musste immer wieder nachreseziert werden, es sind aktuell nur noch kleine Oberschenkel-Stümpfe vorhanden, die aber seit einigen Tagen auch nicht gut aussehen. Beim Verbandswechsel heute Morgen ist die Nekrose wieder weiter fortgeschritten. Intensivmedizinisch ist der Patient nach mehreren septischen Episoden mit Beatmungspflichtigkeit und deliranten Phasen stabil, ohne Beatmung, wach und weitgehend adäquat. Die Niere ist seit einigen Wochen ausgeschieden, der Patient wird alle 2 bis 3 Tage intermittierend dialysiert, was er kreislaufmässig noch ganz gut wegsteckt. Sie haben einen recht guten Kontakt zum Patienten, der Ihnen heute Morgen schon anvertraut hat, dass er wohl ohne dass es „nicht gut aussieht“. Der Hauptansprechpartner des alleinstehenden Patienten ist sein bester Freund, der gerade auch den Hund des Patienten betreut. Sie wissen darum dass es dem Patienten in schwierigen Situationen sehr wichtig ist, dass der Freund baldmöglichst hinzugezogen wird.
Die Situation des Patienten wurde heute Morgen chirurgisch besprochen. Der/die behandelnde Chirurg/in bat nach der chirurgischen Besprechung um ein interdisziplinäres Vorgespräch mit Ihnen und dem/der zuständigen IPS Arzt/Ärztin bevor Sie gemeinsam eine Standortbesprechung mit dem Patienten haben um auch das weitere Procedere zu besprechen.
- Auftrag**
Sie führen gemeinsam mit den Ärzten das „breaking bad news Gespräch“ mit Herrn Hunziker durch.
Vor dem Gespräch besprechen Sie gemeinsam das Vorgehen und treffen konkrete Absprachen zur palliativen Begleitung und zum gemeinsamen Vorgehen.
Nach dem Gespräch verabschieden Sie sich vom Patienten. Bitte bleiben Sie im Raum und führen Sie das Nachgespräch Ärzte -Pflegende zum weiteren Vorgehen gemeinsam im Raum durch.
- Zur Verfügung stehende Zeit**

Dauer	Was
10 Min	Individuelle Vorbereitung und lesen der Fallsituation
2 Min	Vorgespräch Ärzte – Pflegende vor dem Gespräch mit Patientin
20 Min	Gemeinsames Gespräch mit Patientin
3 Min	Nachgespräch Ärzte - Pflegende zum weiteren Vorgehen
3 Min	Vorbereitung Selbsteinschätzung
30 Min	Debriefing zusammen mit Patientin, Lead bei Trainer/in

Bildungszentrum

Auswertung Feedback Teilnehmer (nach Hauptkurs)

Titel der Weiterbildung	Breaking bad news
Jahr	2016
Anzahl Kurse	2
Anzahl Teilnehmer	24
Anzahl Fragebogenrücklauf	24

	Trifft gar nicht zu (1)		Trifft eher nicht zu (1.8)		Trifft eher zu (3.2)		Trifft vollumfänglich zu (4)		Total	Zustimmung
	nom.	in %	nom.	in %	nom.	in %	nom.	in %		
Kursinhalt										
Die Unterrichtsunterlagen waren unterstützend.	0	0%	1	4%	12	50%	11	46%	24	88%
Ich konnte mir Kenntnisse aneignen, die sich in die Praxis umsetzen lassen.	0	0%	1	4%	10	42%	13	54%	24	89%
Die Weiterbildung entsprach meinen Erwartungen gemäss Ausschreibung.	0	0%	0	0%	12	50%	12	50%	24	90%
Vermittlung der Lerninhalte										
Die Lerninhalte wurden für mich verständlich vermittelt.	0	0%	0	0%	9	38%	15	63%	24	93%
Auf Fragen und Anliegen wurde eingegangen.	0	0%	0	0%	7	29%	17	71%	24	94%
Das Unterrichtstempo war angemessen.	0	0%	0	0%	9	38%	15	63%	24	93%
Das Unterrichtsklima erlebte ich lernfördernd (offen, positiv, wertschätzend).	0	0%	0	0%	5	21%	19	79%	24	96%
Organisatorisches										
Mit der Infrastruktur (Räumlichkeiten, Hilfsmittel) war ich zufrieden.	0	0%	0	0%	11	46%	13	54%	24	91%
Mit der Kursorganisation war ich zufrieden.	0	0%	0	0%	5	21%	19	79%	24	96%

Herzlich willkommen im
Simulationszentrum

De · En · AAA

Unser Angebot Fachwissen Forschung Über Uns

Suchbegriff eingeben



Das Erste

Startseite Sendungen TV-Programm Live Mediathek Teletext Service

[w] wie wissen¹

Startseite Sendungsübersicht Videos Team Mehr Wissen Kontakt

Teamwork kann Leben retten



Teamwork kann Leben retten | Video verfügbar bis 17.10.2019

SRF Morgen

NEWS SPORT METEO KULTUR DOK SENDUNGEN A-Z

SCHWEIZ ABSTIMMUNGEN REGIONAL INTERNATIONAL WIRTSCHAFT PANORAMA MEHR

360°-Video im Schockraum

So sieht der tägliche Kampf um Menschenleben aus

Freitag, 26. Mai 2017, 18:00 Uhr

20 1 3 1
1 Kommentar

Ärzte am Unispital Zürich ringen um das Bein eines schwer verletzten Mannes: Schaffen sie es, das Bein zu retten? Solche Situationen üben die Notfallteams immer wieder, denn im Ernstfall, wie ihn Andreas Hüppi erlebte, dürfen keine Fehler passieren. Die Rettungsaktion in der 360°-Perspektive.





Difficult Prenatal Conversations

Vor 3 Tagen aktualisiert



Aligning Expectations for Surgical Informed Consent

Vor 3 Tagen aktualisiert



Open Communication after Medical Error

Vor 3 Tagen aktualisiert

Agency and Communion Predict Speaking Up in Acute Care Teams

Small Group Research
2014, Vol. 45(3) 290–313
© The Author(s) 2014
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1046496414531495
sgr.sagepub.com


Mona Weiss¹, Michaela Kolbe¹,
Gudela Grote¹, Micha Dambach², Adrian Marty²,
Donat R. Spahn², and Bastian Grande²

Davidson et al. *BMC Primary Care* (2022) 23:8
<https://doi.org/10.1186/s12875-021-01595-6>

BMC Primary Care

RESEARCH

Open Access

What do patients experience? Interprofessional collaborative practice for chronic conditions in primary care: an integrative review

Alexandra R. Davidson^{1*}, Jaimon Kelly^{2,3}, Lauren Ball⁴, Mark Morgan¹ and Dianne P. Reidlinger¹



Ethik Med (2012) 24:241–244
DOI 10.1007/s00481-011-0177-1

AKTUELLES

Interprofessionelle Kommunikationsprozesse – schwierige Gesprächssituationen mit Patientinnen und Patienten

Sohaila Bastami · Tanja Krones · Gabriele Schroeder ·
Christian Schirlo · Monika Schäfer · Ruth Aeberhard ·
Nikola Biller-Andorno

RESEARCH NOTE

Open Access

Enhancing healthcare efficiency to achieve the Quadruple Aim: an exploratory study

Bengt B. Arnetz^{1*}, Courtney M. Goetz¹, Judith E. Arnetz¹, Sukhesh Sudan¹, John vanSchagen^{1,2}, Kyle Piersma³
and Fredric Reyelts²



Auswirkungen auf relevante Messgrößen für Qualität

1) Ethische Gebote,

z.B. Achtung der Selbstbestimmung von Patient:innen,
Patientenrechtegesetz
müssen **NICHT** empirisch überprüft werden

2) Realisierung von Autonomie

Komplexe multiprofessionelle Interventionen zur Steigerung
wohlinformierter Entscheidungen und deren Umsetzung
(Shared decision-making, Advance Care Planning,
Interprofessionelle Team-Skillstrainings...)
müssen **EMPIRISCH ANGEMESSEN** überprüft werden

IQWiG

Themencheck

PRESSECENTER > PRESSEMITTEILUNGEN > FÜHRT EINE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG VON ÄRZTIN UND PATIENT ZU BESSEREN BEHANDLUNGSERGEBNISSEN?

06.09.2023

Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztin und Patient zu besseren Behandlungsergebnissen?

Vorläufiger ThemenCheck-Bericht zeigt keine Vorteile für Gesundheitszustand oder Lebensqualität. Stellungnahmen zum Vorbericht bitte bis 05.10.2023.


Im Auftrag des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht derzeit ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern unter der Federführung der DARUM GbR in Köln, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen führen kann.


Zur Beantwortung dieser Frage prüft das Wissenschaftsteam den Nutzen verschiedener Maßnahmen oder auch deren Kombination zur Unterstützung der gemeinsamen Entscheidungsfindung (partizipative Entscheidungsfindung = PEF oder Shared Decision Making = SDM) im Vergleich zueinander oder im Vergleich zum Standardvorgehen ohne Maßnahmen der PEF. Dies geschieht im Hinblick auf patientenrelevante Endpunkte wie etwa „Gesundheitszustand“ oder „Lebensqualität“. Ergänzend werden auch solche Endpunkte berichtet, die bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung eine Rolle spielen, wie u. a. „Wissen“, „richtige Einschätzung von Risiken“ oder „Arzt-Patient-Kommunikation“.

EbM-Netzwerk kommentiert HTA-Bericht zur gemeinsamen Entscheidungsfindung

06.10.2023. Die Stellungnahme des EbM-Netzwerks zum vorläufigen HTA-Bericht zum Thema „Behandlungsgespräche: Führt eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen?“ empfiehlt eine grundsätzliche Überarbeitung des Berichts.

Ein interdisziplinäres Team von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern hat im Auftrag des IQWiG untersucht, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient bei der Therapiewahl zu besseren Ergebnissen führen kann. Der Anfang September veröffentlichte HTA-Bericht kam zum Ergebnis, dass die Patientinnen und Patienten durch Shared Decision Making (SDM) zwar besser informiert seien, sich mehr eingebunden fühlten und weniger Zweifel bei ihrer Therapieentscheidung hätten; Verbesserungen im Behandlungsergebnis seien jedoch nicht feststellbar.

Das EbM-Netzwerk stellt in seiner Stellungnahme  die Auswahl der primär fokussierten Endpunkte für den HTA-Bericht - medizinische Effektivität und ökonomische Effizienz - nicht zielführend sind.

Grundsätzlich hält das EbM-Netzwerk den Ansatz für problematisch, dass im HTA-Bericht auf die Frage „Hat SDM einen klinisch relevanten Nutzen hinsichtlich gesundheits-/krankheitsbezogener Endpunkte?“ abgestellt wird. Damit bleibt unberücksichtigt, dass die evidenzbasierte Medizin  Werte und Präferenzen von Betroffenen als Prämisse voraussetzt und die Informations- und Mitwirkungspflicht bereits im BGB 630c ff. („Patientenrechtegesetz“) festgeschrieben sind. „Wie kann SDM gelingen?“ wäre daher die geeignetere Fragestellung für den HTA-Bericht gewesen.





ISDM 2024

Coproduction: Harnessing the power of partnerships

Lausanne, Switzerland
July 7 - 10 2024

unisanté

Coproduction : le pouvoir des partenariats

Welcome message

Mot de bienvenue