



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg



Deutscher Kongress
für Versorgungsforschung

16. Kongress | 4. - 6.10.2017 | Urania - Berlin

**BIRTE BERGER-HÖGER, KATRIN LIETHMANN, INGRID MÜHLHAUSER,
ANKE STECKELBERG**

SHARED DECISION MAKING DURCH DECISION COACHES IN DER SENOLOGIE: EINE PILOTSTUDIE

ERKLÄRUNG ZU INTERESSENKONFLIKTEN

Es besteht kein Interessenkonflikt zu den Inhalten des Vortrags.

Das Projekt „Spezialisierte Pflegefachkräfte zur Unterstützung einer informierten partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie (SPUPEO)“ wurde im Rahmen des Nationalen Krebsplans gefördert.

Gefördert durch:



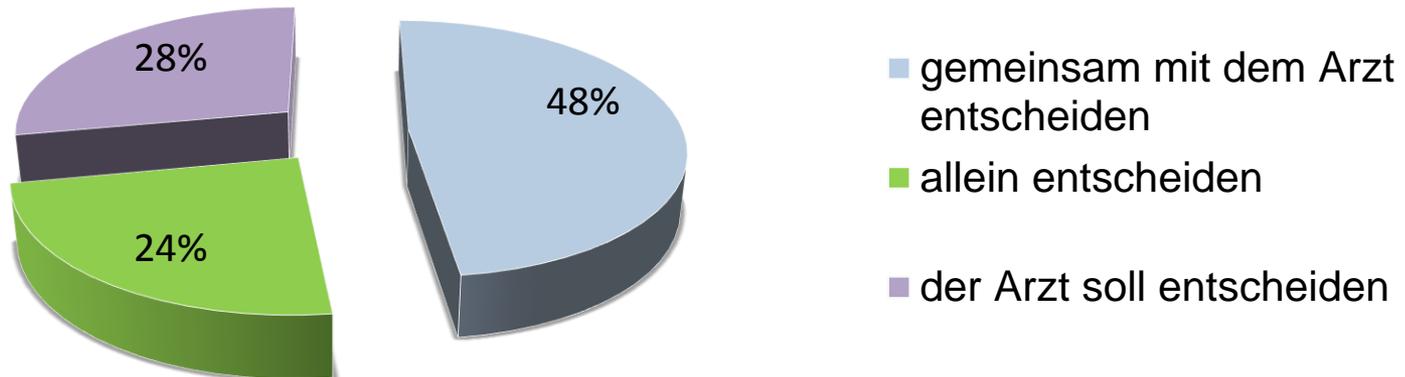
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

im Rahmen des nationalen Krebsplans

HINTERGRUND

PATIENTINNEN WOLLEN MITENTSCHEIDEN

Beteiligung an der medizinischen Entscheidungsfindung



HINTERGRUND

DAS RECHT AUF EINE INFORMIERTE GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Petition an den Deutschen Bundestag

Auszüge aus der Petition der durch Brustkrebs betroffenen Frauen an den Bundestag. Gesundheitswesen: Behandlungsleitlinien und wissenschaftliche Studien

Eingereicht durch: Brita Tenter am Montag, 2. Oktober 2006
Die Petente fordert, dass für Patientinnen und Patienten die Aussagen von Behandlungsleitlinien und wissenschaftlichen Studien (diagnostische und therapeutische Fragestellungen) umfassend und in verständlicher Sprache und Form erstellt und zugänglich gemacht werden. Bei der Erstellung müssen kompetente Patientinnen und Patienten des jeweiligen Krankheitsbildes von Beginn an beteiligt werden.

Begründung:
Patientinnen und Patienten haben vor allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen das Recht auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin. Um dieses Recht zu wahren ist es unabdingbar, dass alle Beteiligten diesen Entscheidungsprozess über die gleichen Informationen verfügen. Diese müssen aktuell und qualitätsgesichert sein sowie auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden wissenschaftlichen Daten (= Evidenz basierte Medizin) beruhen.

Nationaler Krebsplan



S3-Leitlinie



PatRG



Allianz für Gesundheitskompetenz

2006

2008

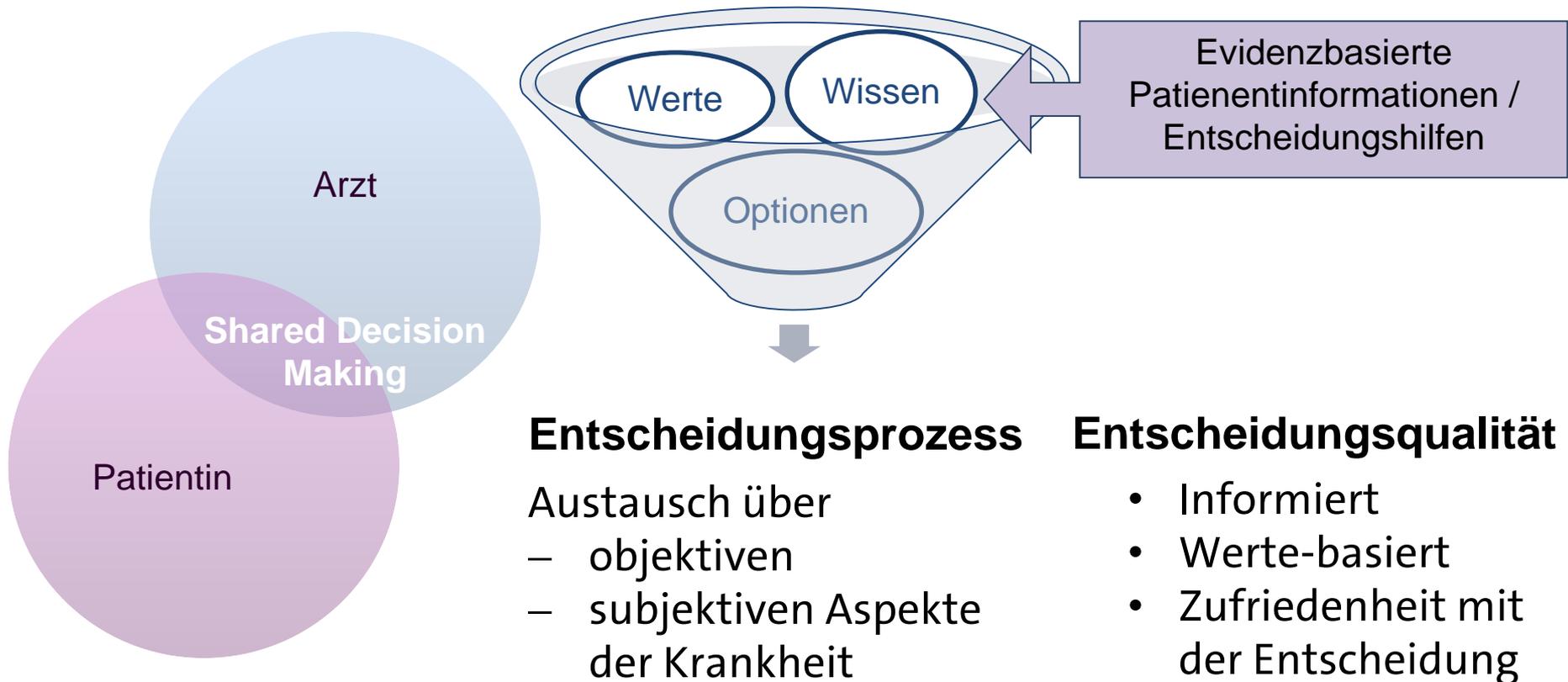
2010

2012

2014

2016

SHARED DECISION MAKING



HINTERGRUND

WAS ERSCHWERT BISLANG DIE UMSETZUNG?

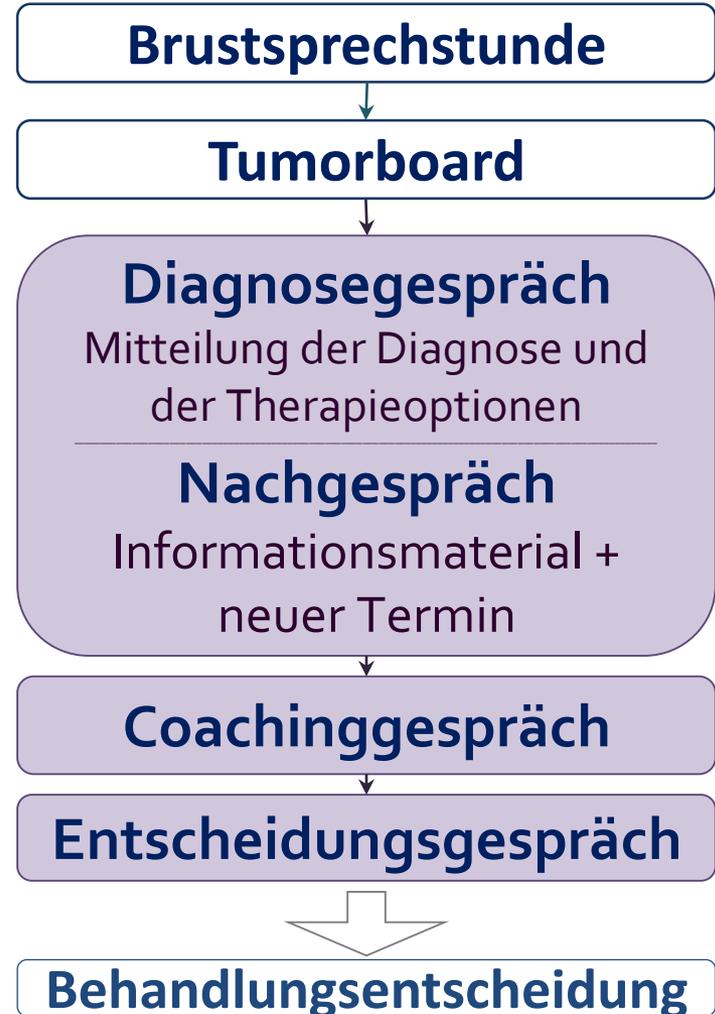
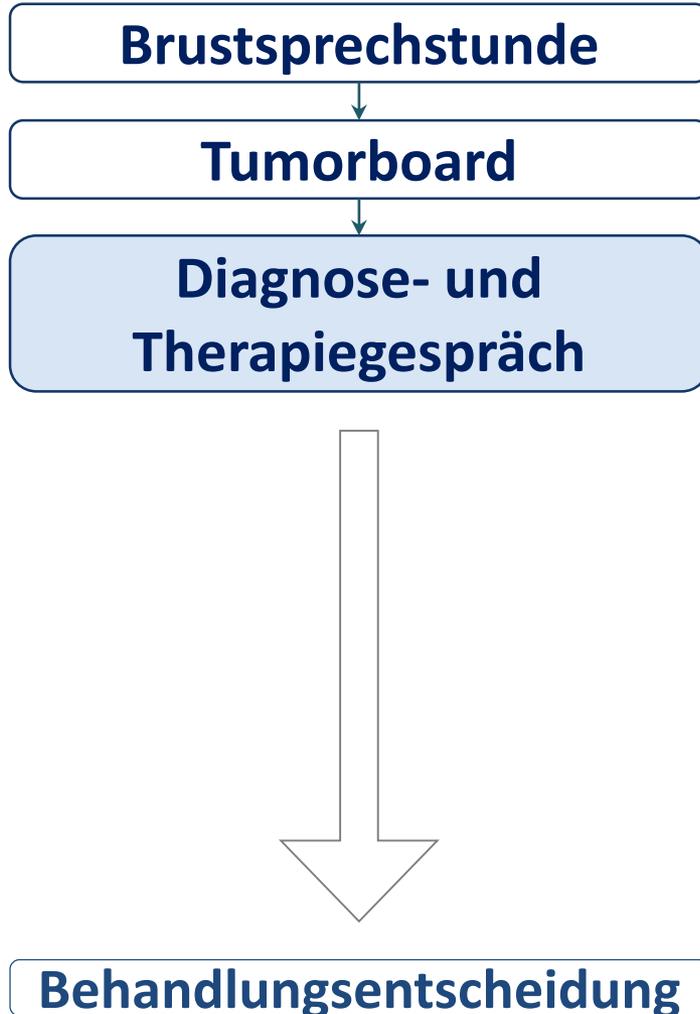
- SDM erst seit kurzem Bestandteil der Mediziner Ausbildung
- Risikokommunikationskompetenzen gering ausgeprägt
- Vorbehalte gegenüber SDM
- Geeignete evidenzbasierte Informationsmaterialien fehlen



Zielsetzung

Machbarkeit einer komplexen Intervention „Decision Coaching durch spezialisierte Pflegefachkräfte in der Onkologie“ in einer Phase II-Studie in Anlehnung an das UK MRC-Framework.

METHODIK: INTERVENTION



METHODIK: INTERVENTION

SCHULUNG DER BETEILIGTEN

SPUPEO-Workshop

Behandelnde Ärztinnen, 2h

– Grundlagen SDM, Risikokommunikation

SPUPEO-Schulung

Spezialisierte Pflegefachkräfte, 3 Tage

– EBM / EBN, evidenzbasierte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen, SDM

METHODIK: INTERVENTION

EINGESETZTE MATERIALIEN

Entscheidungshilfe

Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS

Birte Bergt-Röger, Anja Stackelberg, Anja Gerlach, Ingrid Mithäuser
Universität Hamburg, Gesundheitswissenschaften

SPUPEO - Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS

Was bedeuten die Untersuchungsergebnisse?
Für höhere Inzidenzraten bräun Sie in der Entscheidungshilfe für Frauen mit einem DCIS das Kapitel „Wichtige Informationen finden Sie in Ihrem Befund“, S.11.

Wo befindet sich das DCIS (Lokalisation)?

Wie groß ist das DCIS?
 G1 gut differenziert
 G2 mäßig differenziert
 G3 schlecht differenziert
 Bei einem höheren Gradung (die Zahl hinter dem G), wird von Expertinnen ein schlechteres Wachstumsverhalten angenommen.

Welchen Nutzen und Schaden sind Ihnen verbunden?
 Nutzen und Schaden der einzelnen Wahlmöglichkeit/Entscheidungsoption für Frauen mit einem DCIS im Befund im „Checkliste“, S.36.

Beurteilung der Entscheidungsoptionen

<input type="checkbox"/>	Wichtiges Kriterium, die für das Ergebnis sprechen
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Entscheidungspfad

Moderationskarten

Schritt 2: Über Entscheidungsmöglichkeiten informieren

- Wiederholen Sie zunächst noch einmal die Schlüsselbotschaft.
- Geben Sie der Patientin einen Überblick über die ihr zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten.



- Nutzen Sie hierfür den Entscheidungspfad und schreiben Sie die Möglichkeiten gemeinsam mit der Patientin auf (2. Welche Wahlmöglichkeiten stehen Ihnen zur Verfügung?, S. 7).



Brusterhaltende Operation und Bestrahlung

Nutzen

	Von 100 Frauen haben 10 Jahre nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt ...		
	in der betroffenen Brust	in der anderen Brust	
keinen Krebs	88	93	Von 100 Frauen haben 16 Jahre nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt ...
ein DCIS	6	1	
einen invasiven Krebs	6	6	

	in der betroffenen Brust	
keinen Krebs	82	Wie wirken sich die brusterhaltende Operation und Bestrahlung auf das Überleben aus?
ein DCIS	8	
einen invasiven Krebs	10	

Wie wirken sich die brusterhaltende Operation und Bestrahlung auf das Überleben aus?

Von 100 Frauen sterben nach einer brusterhaltenden Operation und Bestrahlung im Durchschnitt an einem invasiven Brustkrebs...		
innerhalb von 10 Jahren	3	innerhalb von 15 Jahren
innerhalb von 15 Jahren	5	

kein Krebs
 Wiederkehr eines DCIS
 invasiver Brustkrebs

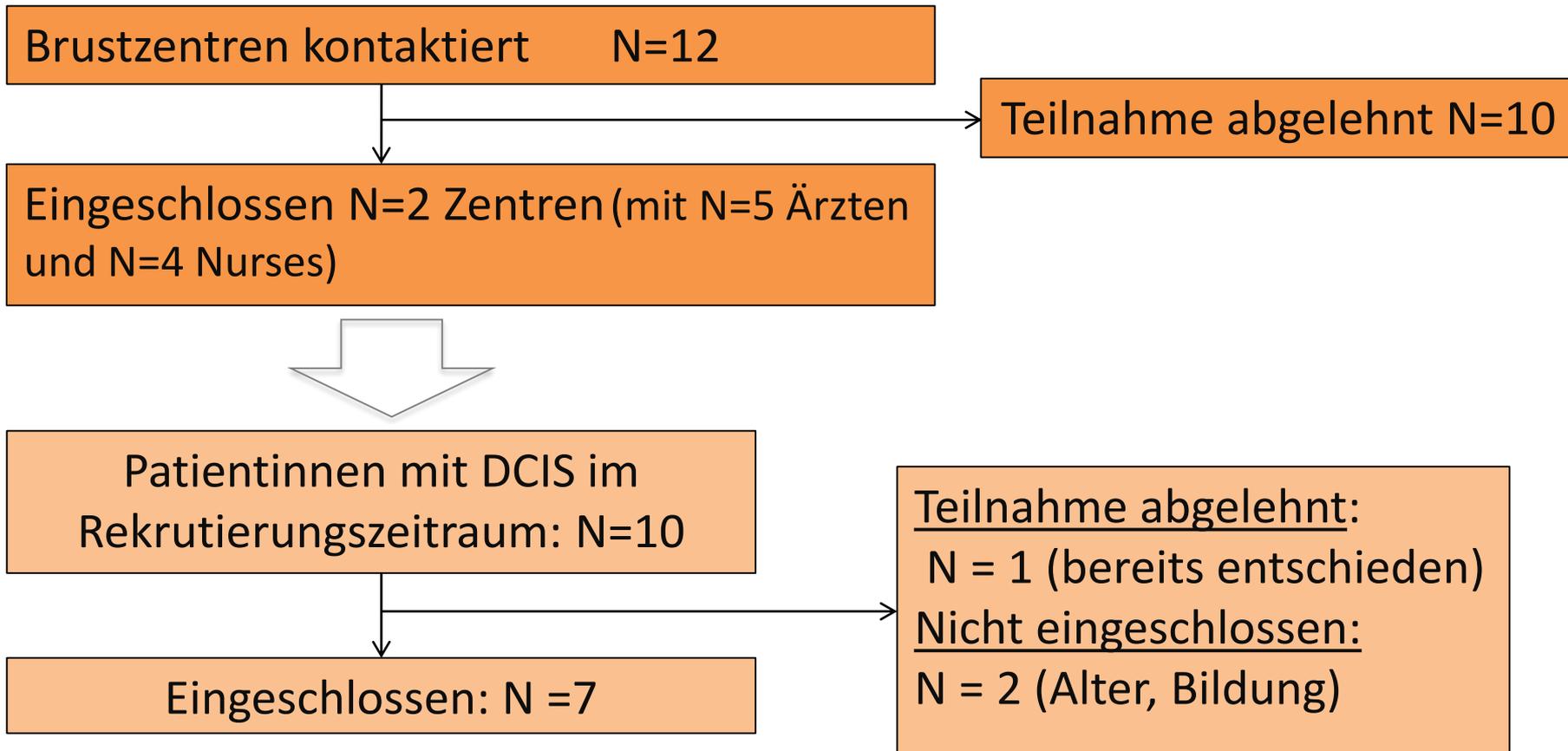
Informationstafeln

METHODIK: FOCI UND ERHEBUNG

Fokus	Erhebung
<ul style="list-style-type: none">○ Rekrutierungsstrategie	Dokumentation in den Zentren
Machbarkeit und Akzeptanz aus Sicht der Beteiligten: <ul style="list-style-type: none">○ Umsetzbarkeit in den Zentrumsstrukturen○ Einstellung○ Schulung / Workshop und Materialien	mdl. und schriftl. Feedback vor und nach der Intervention
Wissen der Nurses	Fragebogen
Wissen der Patientinnen	Fragebogen
Ausmaß der Beteiligung an der Entscheidungsfindung (MAPPIN-Beobachterinstrument)	Videoaufzeichnung der Nurse-Gespräche

ERGEBNISSE

REKRUTIERUNGSSTRATEGIE



ERGEBNISSE

MACHBARKEIT UND AKZEPTANZ AUS SICHT DER BETEILIGTEN:

- **Ärzte (N=5) und Nurses (N=4):**
 - Einbeziehung der Patientin verbessert
 - Informiertheit der Patientin im Vgl. zur Standardversorgung besser
 - Zusammenarbeit gleichbleibend gut
 - Schulung / Workshop und Materialien hilfreich
- **Ärzte:**
 - Patientinnen kritischer bzgl. der Bestrahlung
- **Nurses:**
 - Überforderung (N=1) mit neuer Aufgabe

ERGEBNISSE

WISSEN

Wissen	Range korrekter Antworten	Max. korrekter Antworten
Nurses insgesamt (N=4)	51-62	72
Nurses Risikowissen DCIS (N=4)	9-11	11
Patientinnen Krankheits- und Risikowissen DCIS (N=7)	10-15	15

ERGEBNISSE

WISSEN

Wissen	Range korrekter Antworten	Max. korrekter Antworten
Nurses insgesamt (N=4)	51-62	72
Nurses Risikowissen DCIS (N=4)	9-11	11
Patientinnen Krankheits- und Risikowissen DCIS (N=7)	10-15	15

ERGEBNISSE

AUSMASS DER BETEILIGUNG AN DER ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Insgesamt wurde im Mittel ein Basisniveau in SDM bei den Nurses beobachtet:

MAPPIN_{BeobachterNurse} Rating: 1,9

MAPPIN_{BeobachterDyade} Rating: 2,15

(0=Kompetenz nicht beobachtet bis 4=exzellente Ausführung)

Dauer der Coachinggespräche: MW 36 Min.(Range 23-82 Min.)

ERGEBNISSE

BARRIEREN

- Ärztliche Vorbehalte
 - Leitlinien
 - Qualitätsindikatoren
 - Tumorboards
 - Screeningeinheiten
 - Informationsmaterial
 - Rechtliche Rahmenbedingungen (Arztvorbehalt vs. Substitution)
- 

DISKUSSION

DECISION COACHING DURCH NURSES IST MACHBAR, ABER STRUKTURELLE ANPASSUNGEN SIND NOTWENDIG:

- Leitlinienerstellung mit der Ausrichtung auf Patientenpartizipation (Einführung eines SDM-Qualitätsindikators)
- Einbindung der Tumorkonferenzempfehlung in den Entscheidungsprozess diskutieren
- Strukturen für die Bereitstellung von EBPI fehlen.
- SDM ist bisher nicht in die Curricula integriert.
- Eine Übertragung auf akademisierte Pflegefachkräfte und deren Freistellung sollte geprüft werden

DISKUSSION

LIMITIERUNGEN

- Keine repräsentative Stichprobe
- Beteiligte waren hochmotiviert (Selection Bias)
- Arzt-Patientinnengespräche wurden nicht aufgezeichnet

AUSBLICK

Derzeit wird die SPUPEO-Intervention in einer cluster-RCT mit der Standardbehandlung in 16 Brustzentren und mit 192 Patientinnen verglichen.



Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG



Medizinische Fakultät
der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

VIELEN DANK FÜR DIE AUFMERKSAMKEIT!

Birte.Berger-Hoeger@medizin.uni-halle.de



SPUPEO

Spezialisierte Pflegefachkräfte
zur Unterstützung partizipativer
Entscheidungsfindung in der Onkologie

www.spupeo.de

REFERENZEN

- AJZEN I. 2005. Attitudes, personality and behavior. New York: Open University Press.
- BERGER-HÖGER, B., LIETHMANN, K., MÜHLHAUSER, I., HAASTERT, B. & STECKELBERG, A. 2015. Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 16, 452.
- BERGER-HÖGER B et al. (2014). Eine Entscheidungshilfe für Frauen mit DCIS. Broschüre.
- BUNGE, M., MÜHLHAUSER, I. & STECKELBERG, A. 2010. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. *Patient Educ Couns*, 78, 316-28.
- BMG. 012/2015. Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Handlungsfeld 4, Ziel 13. Broschüre.
- BROWN R. ET AL. 2012. Meeting the decision-making preferences of patients with breast cancer in oncology consultations: impact on decision-related outcomes. *J Clin Oncol*;30:857-862.
- CHARLES, C., GAFNI, A. & WHELAN, T. 1997. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 681-92.
- CRAIG , P. ET AL. 2012. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud*. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010.
- DKG/DGS. 2017. Erhebungsbogen für Brustkrebszentren 2016. Deutsche Gesellschaft für Senologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- DEUTSCHES NETZWERK EVIDENZBASIERTE MEDIZIN E.V., A. G. P. G. 2016. Gute Praxis Gesundheitsinformation. 2016; 110-1: 85-92. . Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 110, 85-92.
- FESTINGER L (1962). A theory of cognitive dissonance. Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press.
- IQTIQ (2016). Qualitätsreport 2015. Berlinl. URL: <https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG-Qualitaetsreport-2015.pdf> Zugriff: 01.03.2017.
- KANE, H. L., HALPERN, M. T., SQUIERS, L. B., TREIMAN, K. A. & MCCORMACK, L. A. 2014. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA Cancer J Clin*, 64, 377-88.
- KASPER, J., HOFFMANN, F., HEESSEN, C., KÖPKE, S. & GEIGER, F. 2012. MAPPIN'SDM - The Multifocal Approach to Sharing in Shared Decision Making. *PLoS One*, 7, e34849.
- KEARING, S., BERG, S. Z. & LURIE, J. D. 2016. Can Decision Support Help Patients With Spinal Stenosis Make a Treatment Choice?: A Prospective Study Assessing the Impact of a Patient Decision Aid and Health Coaching. *Spine (Phila Pa 1976)*, 41, 563-7.

REFERENZEN

- KÖPKE, S. & GERLACH, A. 2012. Shared Decision Making durch spezialisierte Pflegefachkräfte. Informiert entscheiden. *Pflegezeitschrift*, Heft 4, 4.
- KREIENBERG R. ET AL. 2012. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. 3. Aufl. Berlin: AWMF, DKG, Deutsche Krebshilfe.
- LEGARE, F., RATTE, S., GRAVEL, K. & GRAHAM, I. D. 2008. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*, 73, 526-35.
- LÜHNEN, J., ALBRECHT, M., MÜHLHAUSER, I. & STECKELBERG, A. 2016. Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation.
- MÜHLHAUSER, I. & MEYER, G. 2016. Evidenzbasierte Medizin: Klarstellung und Perspektiven. *Dtsch Arztebl International*, 113, A-486 / B-407 / C-405.
- MÜHLHAUSER, I., MEYER, G. & STECKELBERG, A. 2010. Patienten wollen mitentscheiden, doch Informationsbasis und Strukturen fehlen. *Z Allg Med*, 86, 10-15.
- O'CONNOR, A. M., STACEY, D. & LÉGARÉ, F. 2008. Coaching to support patients in making decisions. *BMJ*, 336.
- RUMMER A. & SCHEIBLER F. 2016. Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. *Dtsch Arztebl International*;113(8):A322-4.
- SÄNGER, S., LANG, B., KLEMPERER, D., THOMECEK, C. & DIERKS, M.-L. 2006. Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. *ÄZQ Schriftenreihe Band 25*. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.
- STACEY, D., KRYWORUCHKO, J., BELKORA, J., DAVISON, B., DURAND, M.-A., EDEN, K., HOFFMAN, A., KOERNER, M., LEGARE, F., LOISELLE, M.-C. & STREET, R. 2013. Coaching and guidance with patient decision aids: A review of theoretical and empirical evidence. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13, S11.
- STACEY, D., KRYWORUCHKO, J., BENNETT, C., MURRAY, M. A., MULLAN, S. & LEGARE, F. 2012. Decision coaching to prepare patients for making health decisions: a systematic review of decision coaching in trials of patient decision aids. *Med Decis Making*, 32, E22-33.
- STACEY, D., MURRAY, M. A., LEGARE, F., SANDY, D., MENARD, P. & O'CONNOR, A. 2008. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews Evid Based Nurs*, 5, 25-35.
- STECKELBERG, A., BERGER, B., KÖPKE, S., HEESSEN, C. & MÜHLHAUSER, I. 2005. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich*, 99, 343-51.
- WEGWARTH, O. & GIGERENZER, G. 2011. Risikokommunikation: Risiken und Unsicherheiten richtig verstehen lernen. *dtsch Arztebl*, 108, A-448 / B-360 / C-360.