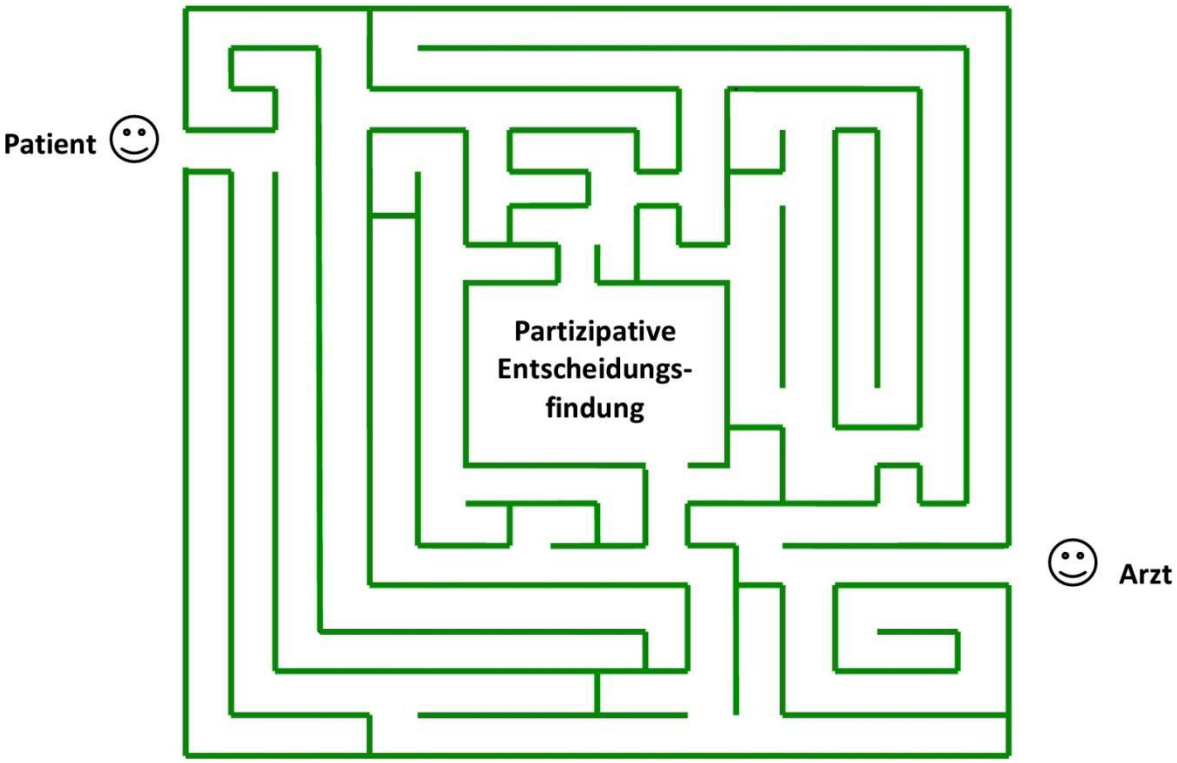
Moderationsleitfaden für Qualitätszirkel

Partizipative Entscheidungsfindung bei potentiell selbstlimitierenden infektiösen Erkrankungen

Adrian Rohrbasser, Reto Auer, Melinda Toth



Partizipative Entscheidungsfindung bei potentiell selbstlimitierenden infektiösen Erkrankungen .. **3**

Hintergrund **3**

Antibiotika-Verschreibung in der Grundversorgung..... **3**

Worum geht es bei partizipativen Entscheidungen? **3**

Informationsblätter für Ärzte **3**

Konsultationshilfsmittel **3**

Fallvignetten **4**

Prozess im Qualitätszirkel **4**

Sensibilisierung für das Thema **4**

Falldiskussionen und Training von partizipativer Entscheidungsfindung **4**

Fallbeispiele..... **4**

Entscheidungsfindung in der Praxis im Rollenspiel..... **5**

Literatur **7**

Partizipative Entscheidungsfindung bei potentiell selbstlimitierenden infektiösen Erkrankungen

Hintergrund

Antibiotika-Verschreibung in der Grundversorgung

Antibiotikaresistenz ist ein zunehmendes Problem, welches auf übermässige Verschreibung von Antibiotika - häufig in der Grundversorgung - zurückzuführen ist. Wenn Hausärzt*innen (HA) weniger Antibiotika verschreiben, sollte dies die Resistenzentwicklung von Bakterien bremsen.[1-4]
Obwohl die Schweiz Richtlinien für die Verschreibung von Antibiotika herausgegeben hat, verschreiben viele Schweizer HA immer noch zu viele Antibiotika für häufige, oft virale oder selbstlimitierende bakterielle Infektionen.[5-12] Gründe hierfür könnten sein, dass sich die HA von ihren Patient*innen unter Druck gesetzt fühlen Antibiotika zu verschreiben oder dass die HA resp. ihre Patient*innen sich der Gefahren einer übermässigen Antibiotika-Verschreibung sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten nicht bewusst sind.[13-16] Die Aufklärung der HA über die übermässige Verschreibung von Antibiotika, die Information über Behandlungsalternativen sowie die Unterstützung der Patient*innen bei der Aufklärung, können die Verordnungsrate von Antibiotika senken.

- Patient*innen können im Rahmen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ihren HA effektiv aufgeklärt werden.
- Gut informierte Patient*innen wählen weniger oft antibiotische Behandlungsoptionen.[17-21]

Worum geht es bei partizipativen Entscheidungen?

Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Konzept, bei dem der/die Patient*in und der/die HA gemeinsam im Gespräch versuchen eine für den/die Patienten*in optimale Entscheidung zu finden. Diese Entscheidungsfindung soll unter Beiziehung sowohl **medizinischer Informationen** (idealerweise Evidenz-basiert), der **Erfahrung** und dem **Wissen** des*r **HA**, als auch den **Erfahrungen**, **Wünschen** und **Werten** des*r **Patienten*in** erfolgen. Die Verantwortung für die Umsetzung des Entscheides bezüglich Diagnostik oder Behandlung wird somit geteilt und kann dabei von der vom HA ursprünglich als beste erachtete Möglichkeit abweichen.[22]
Zwei Schlüsselelemente dieses Entscheidungsprozesses sind die Erhebung der **Patientenpräferenzen** und der **Wissensaustausch** zwischen HA und Patient*in.[23] Voraussetzung ist, dass beide sich einig sind, dass eine medizinische Beurteilung der Situation möglich und nötig ist, eine Entscheidung ansteht und sie die diagnostischen, resp. Behandlungsoptionen in gleichberechtigter Partnerschaft miteinander entwickeln wollen.[24] Dabei gilt es, verschiedene, wenn immer möglich evidenzbasierte Möglichkeiten und deren Vor- und Nachteile den Patient*innen in für sie verständlicher Form aufzuzeigen. Es gilt dabei die Entscheidungsfindung der Patient*innen gemäss ihren eigenen Zielsetzungen zu stärken und ihnen so eine autonome Wahl auf der Grundlage bester Information über verschiedene Therapieoptionen mit allem „Für“ und „Wider“ zu ermöglichen.[25]

Informationsblätter für Ärzte

Informationsblätter für Ärzte enthalten die wichtigsten Informationen zu einer spezifischen Erkrankung und sind in die Bereiche Epidemiologie, klinisches Bild, Diagnostik und Behandlungsoptionen mit und ohne Antibiotika gegliedert. Die Informationsblätter dienen als Übersichts-Leitfaden für den/die HA.

In den QZs können die erarbeiteten Fallvignetten oder eigene, typische Fallbeispiele genutzt werden, um sich die typischen klinischen Bilder, deren Epidemiologie, klinischen Symptome, „Red flags“ (Warnzeichen), Risiken von Komplikationen - ohne und mit antibiotischer Behandlung -, sowie Effekte und Risiken der AB-Behandlung zu vergegenwärtigen.

Konsultationshilfsmittel

Die Konsultationshilfsmittel (**KoHiM**) finden Sie unter:

https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html

Wir haben KoHiMs zu HWI, Halsschmerzen, akuter Mittelohrenentzündung (AOM), Rhinosinusitis und akuter infektiöser Husten verfasst.
Diese KoHiMs dienen als partizipative Entscheidungshilfe für den/die Patient*in und sollten vom*n dem*r HA dem*r Patient*in erklärt und dann gemeinsam besprochen werden.

Fallvignetten

Fragen und Fallvignetten zu jeder potentiell selbst-limitierenden infektiösen Erkrankung werden an die QZ-Teilnehmenden vor dem QZ versendet, um die Teilnehmenden in die Materie einzuführen. Insbesondere werden Spontanverlauf, Risiken mit und ohne antibiotische Behandlung und Risiken der antibiotischen Behandlung thematisiert. Wenn die Fragen vor dem QZ beantwortet werden, kann der/die Moderator*in die Resultate zusammengefasst der Gruppe präsentieren.
Alternativ können die Fragen auch in der Gruppe durchgearbeitet werden, dies als Einführung und Sensibilisierung für das Thema (siehe unten).

Prozess im Qualitätszirkel

Sensibilisierung für das Thema

Sensibilisierung für das Thema indem der/die Moderator*in die Antworten der QZ Teilnehmenden in einer Graphik zusammenfasst (Excel Liste).
Sensibilisierung für das Thema, indem die vorbereiteten Fragen und Fallvignetten durchgearbeitet werden. Denkbar ist zum Beispiel, dass die Teilnehmer*innen mittels Smartphones ihre Antworten einspeisen und so deren Verteilung in der Gruppe visualisiert werden kann.

Falldiskussionen und Training von partizipativer Entscheidungsfindung

Besprechung, Diskussion und Beurteilung des Inhalts der Informationsblätter für Ärzte (**E**videnz**b**asierte „**S**ummary **I**nformation“/**EBSI**) anhand von eigenen Fällen, anhand der vor dem QZ verschickten Fallvignetten oder der unten stehenden Fallbeispielen.
Durchlesen und verstehen der KoHiMs. Partizipative Entscheidungsfindung trainieren anhand der Fallbeispiele mittels Rollenspiele in der QZ-Gruppe. Der/die HA und der/die Patient*in haben die Konsultationshilfsmittel zur Verfügung.

Fallbeispiele

Fall 1: Einfache HWI

Eine 29-jährige Frau (ohne Risikofaktoren) kommt mit folgenden, seit 2 Tagen bestehenden, Symptomen: Vermehrter Harndrang, Pollakisurie, Brennen und Schmerzen beim Wasserlösen, aber kein vaginaler Ausfluss oder Fieber zu Ihnen in die Praxis und bittet Sie um Hilfe. Sie fühle sich krank, arbeite aber trotzdem und sie würde gerne schnell gesund werden, da sie sich keinen Arbeitsausfall erlauben könne. Sie habe gestern wegen den Schmerzen 3 x 500mg Paracetamol eingenommen, ansonsten aber noch nichts gegen die Beschwerden unternommen.

Fall 2: Halsschmerzen

Ein 50-jähriger Lehrer (ohne Vorerkrankungen) hat seit gestern Hals- und Schluckschmerzen. Ausserdem fühlt er sich etwas schlapp und er hat heute früh ein Fieber von 37.8°C gemessen. Da er beim Unterrichten viel sprechen muss und keinesfalls auch noch heiser werden möchte, bittet er Sie um ein Antibiotikum gegen seine lästigen Halsschmerzen. Im Untersuch stellen Sie gerötete und belegte Tonsillen fest.

Fall 3: akute Ohrenschmerzen

Der gut gedeihende 14-monatige Otto habe laut seiner Mutter seit ca. 1 Woche eine verstopfte, eitrige, laufende Nase. Nun sei Otto seit 2 Tagen ziemlich weinerlich und fasse sich ständig an sein linkes Ohr. Im Liegen sei er unruhiger, als wenn sie ihn herumtrage. Zwischendurch habe Otto erhöhte Temperatur gehabt, kurzzeitig über 38.5°C. Aktuell ist Otto zwar quengelig, verfolgt aber trotzdem recht aufmerksam die Geschehnisse. Otoskopisch erscheint das linke Trommelfell rot und buchtet nach vorn, rechts erscheint es ebenfalls rot, aber normal gestellt.

Fall 4: Rhinosinusitis

Die 45-jährige Frau Sini klagt in der Sprechstunde über eine seit 1 Woche bestehende Erkältung mit verstopfter Nase, Geruchsverlust und Kopfschmerzen. Sie fühle sich ziemlich ausgelaugt, da sie wegen der verstopften Nase schlecht schlafe. Sie habe vor 2 Tagen mal Fieber (38.3°C) gehabt, aber es sei inzwischen wieder abgeklungen. Frau Sini fürchtet sich vor einer chronischen Nasennebenentzündung und möchte von Ihnen wissen, ob eine Antibiotika-Behandlung sinnvoll wäre. Sie habe bis jetzt täglich Kamillendampf inhaliert, aber sie brauche etwas Stärkeres.

Fall 5: Akuter infektiöser Husten

Herr Lunger, ein 62-jähriger Architekt (ohne Vorerkrankungen), berichtet, dass ihn seit nun 11 Tagen ein starker, schleimiger Husten plage. Begonnen habe es mit Schnupfen, Kratzen im Hals, danach seien die Symptome nach unten gewandert. Ihm würden inzwischen sein Kopf und die Brustmuskeln vom vielen Husten schmerzen. Es könne doch nicht sein, dass eine „Erkältung“ so lange anhalte. Er sei sich sicher, dass dies eine Lungenentzündung sei, auch wenn er kein Fieber habe, und da seine Geduld langsam am Ende sei, wünsche er umgehend ein Lungenröntgen, sowie eine Behandlung mit Antibiotika.

Entscheidungsfindung in der Praxis im Rollenspiel

Üben Sie die Schritte in Rollenspielen, entweder mittels eigener oder oben genannter Beispiele.
Ein Ablauf der partizipativen Entscheidungsfindung könnte in der Praxis folgendermassen aussehen:
Ein Gespräch über ein bestimmtes medizinisches Vorgehen beinhaltet neben der Vermittlung von medizinischen Fakten auch die emotionale Unterstützung der Patient*innen basierend auf Vertrauen. Patient*innen wünschen sich dabei fachliche Kompetenz, Empathie, Zeit, aufrichtiges Interesse und Respekt.[26,27] Es geht in der Rolle des*r betreuenden HA darum, als Vertrauensperson und Gesprächspartner*in zur Verfügung zu stehen. Dabei erwarten die Patient*innen nicht, dass der/die HA über alles Wissen aktiv verfügt, sondern Hilfsmittel anwenden soll und darf.[26]
Für das Vorgehen kann der „Three steps approach“ von Glyn Elwyn (2012) benutzt werden.[25]

<u>Die 3 Schritte</u>:

1. **Choice talk**: Das Anstehen einer Entscheidung thematisieren
2. **Option talk**: Das Aufzeigen verschiedener Optionen, darunter auch die Option, *nichts* zu machen
3. **Decision talk**: Das Finden einer Entscheidung unter Einbezug der Wertvorstellungen und Vorlieben der Patient*innen

Choice talk

- Fassen Sie die Situation zusammen und zeigen Sie auf, dass eine Entscheidung ansteht.
- Weisen Sie darauf hin, dass es verschiedene Optionen, also Auswahlmöglichkeiten gibt. Dieser Hinweis wird manchmal von Patient*innen missverstanden. Sie haben dann den Eindruck, dass der/die HA inkompetent sei und/oder dass der/die HA zu wenig Bescheid wisse. Vermeiden Sie dies, indem Sie zum Beispiel sagen: „Es gibt gute Gründe, sich für die eine oder andere Vorgehensweise zu entscheiden. Ich möchte diese Gründe mit Ihnen diskutieren.”
- Begründen Sie, warum Sie die Entscheidung mit dem*r Patient*in fällen wollen. Betonen Sie die Wichtigkeit der Berücksichtigung der individuellen Ansichten des*r Patient*in und der Tatsache, dass es in der Medizin keine vollständige Gewissheit gibt.

Kommentar:
Für einige Patient*innen ist es irritierend, eine Auswahl zu haben. Wenn Sie dies erkennen oder der/die Patient*in sich entsprechend äussert, erklären Sie nochmals, warum Sie den/die Patient*in in die Entscheidung einbeziehen wollen.
Schieben Sie die Entscheidung bis zum Ende des Gesprächs auf („decision talk“). Einige Patienten*innen fragen den/die HA schon jetzt, wie sie sich entscheiden sollen. Sagen Sie zum Beispiel: “Ich bespreche gerne mit Ihnen, wie ich die Sache sehe. Vorher möchte ich aber mit Ihnen die verschiedenen Optionen anschauen, damit Sie besser verstehen, um was es geht.”

Option talk

- Erfragen Sie den Wissenstand der Patient*innen. Selbst gut informierte Patient*innen kennen nicht immer alle Optionen und deren Implikationen. Benutzen Sie eine klare und verständliche Sprache. Weisen Sie auf Gemeinsamkeiten („bei beiden Optionen können Sie schmerzlindernde Medikamente einnehmen“) und Unterschiede („bei der einen Option besteht die Behandlung in Form von schmerzlindernden Medikamenten, bei der anderen in der Gabe von Antibiotika“). Besprechen Sie auch die Option, ***nichts zu machen***. Thematisieren Sie Ängste und Vorbehalte, die oft auf eigenen Erlebnissen oder Erzählungen von Verwandten und Bekannten beruhen.
- Beschreiben Sie Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen. Dies ist eines der Kernelemente der partizipativen Entscheidungsfindung. Geben Sie die Information in „verdaubaren“ Mengen und überprüfen Sie, ob diese verstanden wurden („chunking and checking“).

Kommentar:
Ziehen Sie die Konsultationshilfsmittel bei. Diese wurden in Zusammenarbeit mit Patient*innen gut verständlich aufgebaut und sind evidenzbasiert.
Fassen Sie die Optionen zusammen und prüfen Sie, wie gut der/die Patient*in Ihre Ausführungen verstanden hat, indem Sie ihn/sie bitten, die Optionen mit eigenen Worten zu beschreiben („teach back“). Es ermöglicht Missverständnisse aufzudecken.

Decision talk

- Konzentrieren Sie sich auf die Vorlieben der Patient*innen. Helfen Sie den Patient*innen, diese zu formulieren.
- Klären Sie mit den Patient*innen, ob sie genug wissen, um eine Entscheidung zu fällen.

Kommentar:
Weisen Sie die Patient*innen darauf hin, dass sie jederzeit ihre Entscheidung ändern bzw. rückgängig machen können. Dies erleichtert vielen Patient*innen, eine Entscheidung zu fällen.

Literatur

1. Butler CC, Dunstan F, Heginbothom M, et al. Containing antibiotic resistance: decreased antibiotic-resistant coliform urinary tract infections with reduction in antibiotic prescribing by general practices. Br J Gen Pract. 2007;57(543):785-792.
2. Hillier S, Roberts Z, Dunstan F, Butler C, Howard A, Palmer S. Prior antibiotics and risk of antibiotic-resistant community-acquired urinary tract infection: a case-control study. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2007;60(1):92-99.
3. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. Finnish Study Group for Antimicrobial Resistance. The New England journal of medicine. 1997;337(7):441-446.
4. Gasser M, Zingg W, Cassini A, Kronenberg A. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in Switzerland. Lancet Infect Dis. 2019;19(1):17-18.
5. Adriaenssens N, Coenen S, Versporten A, et al. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe (1997-2009). Antimicrob Chemother. 2011;66 Suppl 6:vi3-12.
6. Control ECfDPa. Summary of the Latest Data on Antibiotic Consumption in the European Union. http://ecdceuropaeu/en/eaad/antibiotics-get-informed/ antibiotics-resistance-consumption/Pages/data-reportsaspx. ESAC-Net Surveillance Data November 2016.
7. Müller-Brodmann DH, Dagmar. Swiss Antibiotic Resistance Report 2020: Usage of Antibiotics and Occurence of Antibiotic Resistance in Switzerland. Bern Nov. 2020.
8. Glinz D, Leon Reyes S, Saccilotto R, et al. Quality of antibiotic prescribing of Swiss primary care physicians with high prescription rates: a nationwide survey. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2017;72(11):3205-3212.
9. Glinz D. Verbesserungspotential beim Antibiotikaeinsatz. Bulletin des médecins suisses. 2018;99(45):1591-1593.
10. Glinz D, Mc Cord KA, Moffa G, et al. Antibiotic prescription monitoring and feedback in primary care in Switzerland: Design and rationale of a nationwide pragmatic randomized controlled trial. Contemp Clin Trials Commun. 2021;21:100712.
11. Hürlimann D, Limacher A, Schabel M, et al. Improvement of antibiotic prescription in outpatient care: a cluster-randomized intervention study using a sentinel Surveillance network of physicians. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2015;70(2):602-608.
12. Hemkens LG, Saccilotto R, Reyes SL, et al. Personalized Prescription Feedback Using Routinely Collected Data to Reduce Antibiotic Use in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA internal medicine. 2017;177(2):176-183.
13. Weiss M, Deave T, Peters T, Salisbury C. Perceptions of patient expectation for an antibiotic: a comparison of walk-in centre nurses and GPs. Fam.Practice. 2004; 21(5):492-499.
14. Hamm RM, Hicks RJ, Bemben DA. Antibiotics and respiratory infections: are patients more satisfied when expectations are met? J Fam Pract. 1996;43(1):56-62.
15. Dekker ARJ, Verheij TJM, van der Velden AW. Inappropriate antibiotic prescription for respiratory tract indications: most prominent in adult patients. Family Practice. 2015;32(4):401-407.
16. Kianmehr H, Sabounchi NS, Seyedzadeh Sabounchi S, Cosler LE. Patient expectation trends on receiving antibiotic prescriptions for respiratory tract infections: A systematic review and meta-regression analysis. Int J Clin Pract. 2019;73(7):e13360.
17. Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, Beller EM, Hoffmann TC. Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2015;2015(11):Cd010907.
18. van Esch TEM, Brabers AEM, Hek K, van Dijk L, Verheij RA, de Jong JD. Does shared decision-making reduce antibiotic prescribing in primary care? The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2018;73(11):3199-3205.
19. Bakhit M, Del Mar C, Gibson E, Hoffmann T. Shared decision making and antibiotic benefit-harm conversations: an observational study of consultations between general practitioners and patients with acute respiratory infections. BMC Family Practice. 2018;19(1).
20. Visschers V, Feck V, Herrmann A. Wie nehmen Konsumenten und Konsumentinnen Antibiotika, Antibiotikaresistenzen und Antibiotikaverbrauch wahr? Schlussbericht Einer qualitativen und einer quantitativen Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. 2018.
21. Fröhli D. Bevölkerungsumfrage zu Antibiotikaresistenzen 2020: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG. Adligenswil: Demo SCOPE AG; 30.9.20
22. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract. 2000;50(460):892-899.
23. Waldron T, Carr T, McMullen L, et al. Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):59.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Social science & medicine (1982). 1997;44(5):681-692.
25. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. Journal of General Internal Medicine. 2012;27(10):1361-1367.
26. Coulter A, Collins A. Making shared decision-making a reality. London: King's Fund. 2011.
27. Schnell MW, Schulz C. Basiswissen Palliativmedizin. Springer; 2012.