

Primary care: The art and science of advanced practice nursing (6th ed.).

by n Dunphy, L.M., Winland-Brown, J.E., Porter, B.O., & Thomas, D.J. (2022). · Language: DE

Summary by booksummaryai.com — <https://booksummaryai.com/country/de/primary-care-the-art-and-science-of-advanced-practice-nursing-6th-ed-zusammenfassung>

Summary

In 60 Sekunden

Dunphy und Winland-Brown eröffnen mit dem Circle of Caring, einem Modell, das den Pflegeprozess für die Primärversorgung neu formt. Sie verfolgen die Rolle zurück bis 1965, als eine Krankenschwester und ein Arzt an der University of Colorado das erste Nurse-Practitioner-Programm ins Leben riefen. Dann führen sie Kapitel für Kapitel durch Gesundheitsförderung, chronische Erkrankungen, psychische Gesundheit und Palliativversorgung — mit aktuellen Leitlinien. Der rote Faden: Advanced Practice Nursing verbindet die Kunst des Sorgens mit der Wissenschaft der Evidenz.

Warum es sich lohnt

Dies ist das Standardwerk für NP-Studierende und praktizierende Advanced Practice Nurses, die ein einziges Werk brauchen, das Primärversorgung über die gesamte Lebensspanne abdeckt. Es ist wichtig, weil es das tut, was nur wenige Lehrbücher wagen: Es verankert jede klinische Leitlinie in einem sorgenden Rahmen, sodass Protokolle nie den Menschen verlieren. Wenn du die Wissenschaft willst, ohne die Seele der Pflege zu verlieren, ist das deine Referenz.

Die Kernideen

Der Circle of Caring: der Pflegeprozess, neu gebaut für die Primärversorgung

Zwei Pflegewissenschaftlerinnen betrachten den Pflegeprozess — assess, diagnose, plan, implement, evaluate — und sehen eine Lücke. Die Primärversorgung verlangt etwas Reaktionsfähigeres: Patientinnen und Patienten kommen mit unklaren Beschwerden, sozialer Komplexität und ohne Aufnahmebrief, an dem man sich orientieren könnte. Also zeichnen Dunphy und Winland-Brown den Kreis neu. Ihr Modell bewahrt die Disziplin des Pflegeprozesses, biegt ihn aber um das herum, was die Primärversorgung tatsächlich von einer Klinikerin verlangt. Es wird zum tragenden Rückgrat des gesamten Buches — jedes folgende Kapitel hängt an diesem Rahmen, und die Kunst und die Wissenschaft der Pflege werden ausdrücklich miteinander verwoben statt getrennt.

Die meisten klinischen Modelle sind der Medizin entlehnt und nachträglich für die Pflege umgebaut. Dieses läuft in die andere Richtung: Es nimmt den eigenen Prozess der Pflege und

dehnt ihn so, dass er in die Realitäten der Primärversorgung passt — dorthin, wo das vorgestellte Problem selten das ganze Problem ist. Die Überraschung ist, wie viel von der erweiterten Praxis an dieser Rahmung hängt — man kann Leitlinien auswendig lernen, aber ohne ein Modell, das den ganzen Menschen umfasst, bleibt man beim Abhaken von Protokollen. Der Circle of Caring ist die These des Buches: Kunst und Wissenschaft sind keine Rivalen; sie sind derselbe Kreis.

Probier es aus: Wähle diese Woche einen Patientenkontakt aus und durchlaufe bewusst den ganzen Circle of Caring — nicht nur Assessment und Plan, sondern auch die sozialen und fürsorglichen Dimensionen, die du sonst überspringst.

1965: eine Pflegekraft und ein Arzt erfinden die Nurse Practitioner

Mitte der 1960er Jahre warten Kinder zu lange auf Versorgung. Es gibt zu wenig Ärzte für die Primärversorgung, und pädiatrische Termine stapeln sich unbearbeitet. An der University of Colorado beschließen eine Pflegekraft namens Loretta Ford und ein Arzt namens Henry Silver, dass sich der Mangel nicht von selbst beheben wird. 1965 starten sie das erste Nurse-Practitioner-Programm und schaffen damit die Rolle der pädiatrischen Nurse Practitioner — Pflegekräfte, die darauf trainiert sind, Kindern direkt primärmedizinische Versorgung zu geben. Was als Workaround beginnt, wird zum Beruf. Jede heute praktizierende NP führt ihre Rolle auf dieses eine Programm zurück, gebaut von zwei Menschen, die eine Lücke sahen und nicht darauf warten wollten, dass das System sie schließt.

Die Rolle der Nurse Practitioner entstand nicht aus Ehrgeiz oder Revierdenken — sie entstand aus einem Mangel. Dieser Ursprung zählt: Die Legitimität des Berufs beruhte immer darauf, einen echten Zugangsbedarf zu erfüllen, nicht darauf, jemanden zu ersetzen. Auch die Zusammenarbeit von Ford und Silver ist der Punkt — eine Pflegekraft und ein Arzt haben es gemeinsam gebaut. Wenn Debatten über den Tätigkeitsumfang von NPs aufflammen, denk daran: Die Rolle begann als Partnerschaft, die ein Problem beantwortete, das die Medizin allein nicht lösen konnte.

Probier es aus: Wenn du NP-Student bist, schreib auf, warum du in dieses Feld gegangen bist — und vergleiche es mit der Versorgungslücke, die Ford und Silver 1965 sahen.

Fürsorge als philosophischer Kern, nicht als Garnitur

Eine Studentin blättert an den klinischen Kapiteln vorbei zu einem, das schlicht 'Caring and the Advanced Practice Nurse' heißt. Die Frage dahinter: Bei all der Wissenschaft, die es zu meistern gilt — warum ein ganzes Kapitel auf Fürsorge verwenden? Die Antwort, die das Kapitel aufbaut: Fürsorge ist kein weiches Anhängsel der erweiterten Praxis — sie ist der Kernbegriff der Pflege selbst. Jean Watsons Theory of Human Caring wird als philosophische Grundlage der erweiterten Pflegepraxis dargestellt und gibt der Klinikerin einen Rahmen dafür, wozu all diese Leitlinien am Ende da sind. Das Kapitel steht bewusst früh im Buch, bevor auch nur ein einziges Protokoll auftaucht.

Lehrbücher packen die Wissenschaft gewöhnlich nach vorn und montieren 'humanistische' Kapitel als Dekoration an. Dieses kehrt die Reihenfolge um: Die Fürsorge kommt zuerst, als Fundament, auf dem alles andere steht. Watsons Theorie gibt der erweiterten Praxis ein philosophisches Rückgrat — die Idee, dass die Beziehung selbst Teil der Behandlung ist. Das unterscheidet eine NP, die Leitlinien befolgt, von einer, die Pflege auf erweitertem Niveau praktiziert.

Probier es aus: Lies ein Watson-Konzept zur Fürsorge und wende es auf deine nächste Patientinnenbegegnung an — achte darauf, was sich daran ändert, wie du die Begegnung rahmst.

Screening gets specific: colorectal cancer at 45

A patient in their mid-forties sits across from you, healthy, no complaints, wondering what they actually need. Chapter 3 on health promotion gives you the answer sheet: the U.S. Preventive Services Task Force recommendations, including the shift to start colorectal cancer screening at age 45. That number moved down from where it used to be, and the chapter makes sure you know it. Health promotion isn't a vague wellness lecture here — it's a concrete, evidence-graded set of actions you take with every apparently healthy patient who walks in.

The hardest part of primary care is that the most important work happens with people who feel fine. Screening recommendations are how evidence becomes action in those moments, and the age thresholds shift as data accumulates — 45 for colorectal cancer is the current line. The skill isn't memorizing one number; it's building a habit of checking current USPSTF guidance rather than practicing from what you learned years ago.

Probier es aus: Check your last ten patients aged 45–50: how many are current on colorectal cancer screening per the current USPSTF recommendation?

The 5 A's: a framework for actually changing behavior

You've told a patient to quit smoking, exercise more, eat better. They nod. Nothing changes. The book reaches for a structure: the 5 A's, a framework for behavioral counseling interventions. The framework is referenced in the book, though the exact wording varies between citations; the shared core is that a 5 A's framework is used for counseling. The point isn't the acronym; it's that behavior change needs a sequence, not a lecture. Ask first, advise clearly, assess readiness, assist with a plan, arrange the next contact.

Advice fails because it's a single event; behavior change is a process with distinct steps. The 5 A's turn a vague exhortation into a clinical intervention with a beginning, middle, and follow-through. What surprises people is how much rides on the first and last A — asking before advising, and arranging follow-up after. Skip those and the middle three collapse into the lecture that never worked.

Probier es aus: At your next counseling moment, force yourself through all five steps — especially 'arrange' — and book the follow-up before the patient leaves.

ABCDE: the alphabet that catches melanoma

A dark spot on a patient's back. Is it nothing, or is it the thing you can't miss? The book hands you a mnemonic: ABCDE. Asymmetry. Border irregularity. Color variation. Diameter greater than 6 millimeters. Evolving. Five features, run in order, that separate a suspicious pigmented lesion from one you can watch. It's the kind of tool that fits on a card and changes what you do in the exam room — because melanoma found early is a different disease than melanoma found late.

Screening tools earn their place by being usable under time pressure, and ABCDE is the classic example: five checks, no equipment, immediate triage. The 'E' — evolving — is the one clinicians most often underweight, because change over time requires a history, not just a look. The lesson for practice: a lesion that fails any letter gets attention, and 'getting bigger or changing' counts even when the rest looks benign.

Probier es aus: Do a full-body skin check with ABCDE on your next physical exam patient — and photograph anything that hits two letters.

Hypertension at 130/80: the line that redefined millions

The 2017 ACC guideline is cited in the book. Blood pressure of 130/80 mmHg or higher — a reading that used to be 'prehypertension' — is now hypertension. The guideline states its goal plainly: 'The goal of treatment is to reduce blood pressure to <130/80 mmHg in most adults, particularly those with a 10-year atherosclerotic cardiovascular disease risk of 10%.' Overnight, a vast band of patients who thought they were fine became candidates for treatment. The book walks you through the categories so you can classify, risk-stratify, and act.

Diagnostic thresholds are clinical decisions disguised as numbers, and moving one from 140/90 to 130/80 reclassifies an enormous population. The guideline's genius is pairing the lower threshold with risk stratification — the 10-year cardiovascular risk of 10% or more — so intensity of treatment follows risk, not just the reading. For primary care, that means every blood pressure check is also a risk calculation.

Probier es aus: For every hypertensive patient this week, calculate their 10-year ASCVD risk before deciding how aggressively to target <130/80.

Metformin zuerst, HbA1c unter 7: die Diabetes-Grundlinie

Eine neue Typ-2-Diabetes-Diagnose landet in deinem Terminkalender. Wo fängst du an? Das Buch zitiert die Standards of Medical Care der American Diabetes Association (2022): 'Metformin is the preferred initial pharmacologic agent for the treatment of type 2 diabetes.' Das Ziel für die meisten nicht schwangeren Erwachsenen liegt bei einem HbA1c unter 7 % — aber die Standards fügen eine Feinheit hinzu: strengere Ziele, etwa unter 6,5 %, sind bei jüngeren Patienten mit kurzer Krankheitsdauer sinnvoll. Eine Diagnose, ein Medikament, eine Zahl — und dann beginnt

die Individualisierung.

Leitlinien geben dir eine Voreinstellung, und die Kunst besteht darin zu wissen, wann sich die Voreinstellung biegen lässt. Metformin-zuerst ist der Standard, weil es wirkt, vertragen wird und billig ist — aber das HbA1c-Ziel ist der Punkt, an dem Patientenfaktoren einfließen. Ein 35-Jähriger mit Neudiagnose bekommt ein strengeres Ziel als ein 80-Jähriger mit jahrelanger Erkrankung. Die Rahmung der ADA vermittelt die tiefere Fähigkeit: mit dem Standard beginnen, dann bewusst — nicht zufällig — individualisieren.

Probier es aus: Notiere diese Woche für jeden deiner Typ-2-Diabetes-Patienten, warum sein HbA1c-Ziel — oder eben nicht — unter 7 % liegt.

Nierenerkrankung stadien: GFR-Kategorien und das Abgleiten um 10–20 %

Ein Kreatininwert kommt leicht erhöht zurück. Ist das eine Nierenerkrankung oder ein Laborausreißer? Das Buch erklärt die Verwendung von Gleichungen zur Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR). Dann liefert die KDIGO-Leitlinie von 2012 die Landkarte: chronische Nierenerkrankung klassifiziert nach GFR-Kategorie, G1 bis G5, und Albuminurie-Kategorie, A1 bis A3. Die Einsätze sind konkret: Das Progressionsrisiko ist bei Patienten mit G3aA3 oder schlechter am höchsten, und in dieser Gruppe schreitet die Erkrankung innerhalb von 5 Jahren bei 10–20 % bis zur terminalen Niereninsuffizienz fort. Zwei Buchstaben und eine Zahl verraten dir, wer auf der Schnellschpur ist.

Nierenerkrankungen schweigen, bis sie es nicht mehr tun — deshalb ist Klassifikation hier wichtiger als bei fast jeder anderen chronischen Krankheit. Das G-und-A-Raster macht etwas Cleveres: Es kombiniert zwei unabhängige Achsen — Filtration und Eiweißverlust —, weil jede für sich allein das Risiko unterschätzt. Ein Patient mit G3aA3 hat keine 'moderate CKD'; er läuft gegen eine 5-Jahres-Uhr in Richtung Dialyse. Diese Umdeutung verändert, wie aggressiv du Blutdruck, Medikamente und Überweisungen steuerst.

Probier es aus: Klassifiziere jeden CKD-Patienten deiner Praxis erneut nach GFR- und Albuminurie-Kategorie — markiere jeden mit G3aA3 oder schlechter für ein intensiviertes Follow-up.

Kreuzschmerz: was man vor dem Opioid versucht

Ein Patient krümmt sich vor akuten Rückenschmerzen und bittet um etwas Starkes. Das Buch rüstet dich mit zwei Dokumenten aus. Die ACP-Leitlinie des American College of Physicians für akute, subakute und chronische Kreuzschmerzen wird referenziert. Und die Opioid-Leitlinie der CDC von 2016 zieht die Grenze: nicht-pharmakologische Therapie und nicht-opioide Pharmakotherapie sind bei chronischen Schmerzen bevorzugt. Die Reihenfolge zählt — das Starke kommt nicht zuerst, und bei chronischen Schmerzen nicht einmal an zweiter Stelle.

Kreuzschmerz ist der Ort, an dem das Opioid-Zeitalter mit der Evidenz kollidierte, und die daraus entstandenen Leitlinien sind eine Kurskorrektur. Die Stufung der ACP und die Präferenzordnung

der CDC teilen eine Logik: die riskantesten Werkzeuge für den Fall reservieren, dass die sichereren versagen, und bei chronischen Schmerzen kommen die sichereren standardmäßig zuerst. So zu praktizieren ist nicht milde mit dem Schmerz — es ist ehrlich gegenüber dem, was der Verlauf von Rückenschmerzen tatsächlich ist.

Probier es aus: Liste vor deinem nächsten Termin mit einem chronischen Schmerzpatienten die nicht-pharmakologischen und nicht-opioiden Optionen auf, die du zuerst anbietest — und dokumentiere warum.

ABCD2 und das 4,5-Stunden-Fenster nach einer TIA

Der Arm eines Patienten war heute Morgen zwanzig Minuten lang taub. Es hat sich zurückgebildet. Schickst du ihn nach Hause? Der ABCD2-Score wird zur Risikostatifikation nach einer TIA besprochen. Und wenn das Schlimmste passiert — ein voller ischämischer Schlaganfall —, setzt die AHA-Leitlinie die Uhr: tPA verabreicht innerhalb von 4,5 Stunden nach Beginn. Zwei Werkzeuge, eine Botschaft: zerebrovaskuläre Ereignisse sind zeitkritische Notfälle, und die primärversorgende Klinikerin oder der Kliniker ist oft die erste Person, die die Stoppuhr hält.

Transiente Symptome sind die gefährlichste Art, weil Patient und Kliniker gleichermaßen ihnen glauben wollen. ABCD2 verwandelt diese Erleichterung in Rechenoperationen — Alter, Blutdruck, klinische Merkmale, Dauer, Diabetes —, sodass das weitere Vorgehen dem Risiko folgt und nicht der Beruhigung. Das 4,5-Stunden-tPA-Fenster definiert dann das gesamte System dahinter: Der Score entscheidet, wer schnell abgeklärt wird, und die Uhr entscheidet, welche Behandlung noch möglich ist.

Probier es aus: Präge dir heute Abend die ABCD2-Komponenten ein; nutze sie beim nächsten TIA-Anruf, um über die Abklärung am selben Tag oder die Verlegung in die Notaufnahme zu entscheiden.

U=U und die US-MEC: Verhütung und HIV, leitliniengetrieben

Zwei Gespräche, ein Rahmenwerk. Eine Patientin will wissen, welche Verhütungsmethode angesichts ihrer Vorgeschichte sicher ist — die United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use der CDC geben die Antwort, Zustand für Zustand. Im selben Raum fragt ein Patient mit HIV, was die Behandlung für seine Zukunft bedeutet. Die Leitlinien des US-Gesundheitsministeriums (Department of Health and Human Services, 2022) empfehlen, bei allen Menschen mit HIV unabhängig von der CD4-Zahl eine antiretrovirale Therapie zu beginnen — mit dem Ziel, eine nicht nachweisbare Viruslast zu erreichen und zu halten („U=U“). Nicht nachweisbar heißt nicht übertragbar. Beide Gespräche enden mit Evidenz, nicht mit Meinung.

Diese beiden Leitlinien teilen eine Philosophie: klinischen Aberglauben durch abgestufte, zustandsspezifische Evidenz ersetzen. Die US-MEC verwandeln die Frage „Ist das für sie sicher?“ von einer Bauchentscheidung in eine Kategorie, und „U=U“ verwandelt die HIV-Beratung von Angst in Fakt — Behandlung als Prävention, gestützt auf das Ziel der viralen Suppression für jeden Patienten. Die Primärversorgung ist der Ort, an dem beide Gespräche zuerst stattfinden;

deshalb ist die Kenntnis der aktuellen Kriterien unverzichtbar.

Probier es aus: Speichere die aktuellen US-MEC der CDC und die HIV-Leitlinien von HHS auf deinem Handy; schlag sie nach, bevor du das nächste Mal eine Verhütungs- oder HIV-Beratung durchführst.

PSA, gemeinsame Entscheidungen und die Rechnung des Ärztemangels

Ein 60-jähriger Mann fragt, ob er den PSA-Test braucht. Behandelt wird die USPSTF-Empfehlung zum PSA-Screening mit dem Schwerpunkt auf gemeinsamer Entscheidungsfindung: Es wird offengelegt, was das Screening versprechen kann und was nicht, damit er mit dir entscheidet — nicht dir überlassen. Dann zoomt das Buch hinaus auf das System um diesen Behandlungsraum: Der Bericht der Association of American Medical Colleges von 2021 prognostiziert bis 2034 einen Mangel von 17.800 bis 48.000 Hausärzten. Der Mann vor dir ist ein Patient; der Mangel ist der Grund, warum es Advanced-Practice-Pflegende überhaupt in großem Maßstab gibt.

Das PSA-Screening ist der Lehrbuchfall für eine Entscheidung, die dem Patienten gehört — die Evidenz diktiert nicht, sie informiert. Kombiniere das mit der Mangelprognose der AAMC, und du erkennst die stille Argumentation des Buches: Wenn das Ärzteangebot bis 2034 knapper wird, gewinnt der Cliniker, der gemeinsame Entscheidungsfindung beherrscht, an Wert statt zu verlieren. Advanced-Practice-Pflege ist kein Notbehelf; sie ist die Antwort, die die Mangelrechnung verlangt.

Probier es aus: Bringe zu deinem nächsten PSA-Gespräch ein Entscheidungshilfsmittel mit und lass den Patienten seine Prioritäten nennen, bevor du eine Empfehlung aussprichst.

Zwei Enden der Lebensspanne: DDST-II und das Comprehensive Geriatric Assessment

Montagsmorgen: ein Kleinkind, das noch nicht so spricht wie seine Cousins. Freitagnachmittag: eine 84-Jährige, deren Familie sich fragt, ob sie noch allein wohnen kann. Das Buch liefert dir für jeden Fall ein Werkzeug. Der Denver Developmental Screening Test II (DDST-II) wird als Instrument zur Entwicklungsüberwachung genannt. Für ältere Menschen wird das Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) zitiert, um Funktionsstatus, Kognition und soziale Unterstützung zu bewerten. Dieselbe Woche, dieselbe Clinikerin, zwei völlig unterschiedliche Assessments.

Die Primärversorgung reicht von der Wiege bis zur Bahre, und die Assessments an den beiden Enden sehen völlig verschieden aus — doch sie teilen ein Prinzip: Funktion messen, nicht nur Krankheit. Der DDST-II erkennt Entwicklungsverzögerungen früh, wenn Intervention am meisten wirkt; das CGA erfasst die Verluste, die auf keiner Problemliste auftauchen — kann sie kochen, wer schaut nach ihr, hält ihr Gedächtnis. Beide Werkzeuge existieren, weil die wichtigen Antworten nicht in der Akte stehen.

Probier es aus: Füge diese Woche zu jedem Besuch einer Patientin über 75 eine funktionale Frage hinzu — „Wer hilft dir zu Hause?“.

Beers-Kriterien: die Verordnungen, die älteren Menschen schaden

Eine 80-Jährige mit Herzinsuffizienz und chronischer Nierenerkrankung trägt eine Medikamentenliste bei sich, die wie eine Apotheke klingt. Die Beers-Kriterien der American Geriatrics Society (2019) besagen, dass NSAR bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung oder Herzinsuffizienz zu vermeiden sind und Benzodiazepine wegen des Risikos von Stürzen und Delir gemieden werden sollten. Zwei Wirkstoffklassen, beide verbreitet, beide routinemäßig genau den Patienten verordnet, denen sie am meisten schaden. Die Kriterien existieren, weil „wir haben ihr immer Ibuprofen gegeben“ genau so Verletzungen entstehen.

Polypharmazie ist der Ort, an dem gute Absichten schlechte Ergebnisse erzeugen, und die Beers-Kriterien sind das institutionelle Gedächtnis des Fachgebiets für diese Ergebnisse. Die Logik hinter den genannten Beispielen verdient es, verinnerlicht zu werden: NSAR belasten Nieren und Herzen, die bereits kämpfen, und Benzodiazepine werden in Gehirnen, die sie nicht abbauen können, zu Stürzen und Delir. Deprescribing ist eine Fertigkeit, und eine veröffentlichte Kriterienliste ist ihr Anfang.

Probier es aus: Prüfe diese Woche die Medikamentenliste eines älteren Menschen gegen die Beers-Kriterien von 2019 — markiere jedes NSAR und jedes Benzodiazepin und erstelle einen Deprescribing-Plan.

Palliativversorgung früh: die Temel-Studie und das Konsenspapier

Das alte Modell: Die Palliativversorgung kommt am Ende, nachdem alles andere gescheitert ist. Die Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care des National Consensus Project räumen damit auf: 'Palliativversorgung ist in jedem Alter und in jedem Stadium einer schweren Krankheit angemessen und kann zusammen mit kurativer Behandlung angeboten werden.' Die Studie von Temel et al. (2010) zeigte, dass eine frühe Palliativversorgung bei fortgeschrittenem Krebs die Lebensqualität verbessert und das Überleben verlängern kann. Patient:innen, die früher Trostpflge bekamen, starben nicht nur besser – sie lebten möglicherweise länger.

Der Temel-Befund kehrte ein Jahrzehnt voller Annahmen um: Palliativversorgung früh hinzuzufügen, nahm der Behandlung nichts weg – sie fügte möglicherweise Leben hinzu. Deshalb ist die Formulierung 'jedes Alter, jedes Stadium' im Konsenspapier so wichtig: Sie macht Palliativversorgung zu einem parallelen Gleis, nicht zu einem Endgleis. Für die Primärversorgung ist die praktische Konsequenz das Timing der Überweisung: Nicht, ob die Patient:in stirbt, ist die Frage, sondern ob sie ernsthaft krank ist.

Probier es aus: Überweise diesen Monat eine/n ernsthaft kranke/n Patient:in in die Palliativversorgung, die/der keine Hospizberechtigung hat – früh und parallel zur aktiven Behandlung.

Die besten Zitate

- "Ziel der Behandlung ist es, den Blutdruck bei den meisten Erwachsenen auf unter 130/80 mmHg zu senken, insbesondere bei denen mit einem 10-Jahres-Risiko für atherosklerotische Herz-Kreislauf-Erkrankungen von 10%." - 2017-ACC-Leitlinie, wie im Buch zitiert
- "Metformin ist das bevorzugte pharmakologische Mittel der ersten Wahl zur Behandlung von Typ-2-Diabetes." — American Diabetes Association, 2022 Standards of Medical Care, wie im Buch zitiert
- "Palliativversorgung ist in jedem Alter und in jedem Stadium einer schweren Erkrankung angemessen und kann zusammen mit einer kurativen Behandlung angeboten werden." - National Consensus Project for Quality Palliative Care, wie im Buch zitiert

Kritik

Eine einbändige Übersicht über die gesamte Lebensspanne tauscht zwangsläufig Tiefe gegen Breite — Subspezialisten werden mehr Detail wollen, als ein einzelnes Kapitel fassen kann. Die doppelten Kapitelzitate deuten auf Inhalte hin, die sich zwischen Auflagen überlappen oder verschieben, und manche Leitliniendiskussionen mögen Lesern bereits veraltet erscheinen, da sich Empfehlungen weiterentwickeln. Der sorgende Rahmen, obwohl wirklich ordnend, kann neben den dichten klinischen Protokollen, die er vereinen soll, abstrakt wirken. Und wie jeder Text, der auf externen Leitlinien aufbaut, hängt seine Haltbarkeit davon ab, wie treu künftige Auflagen die nächsten Revisionen verfolgen.

In einem Satz

Advanced Practice Nursing ist der Circle of Caring, gewickelt um harte Evidenz — von Ford und Silvers Programm von 1965 bis zu den heutigen Leitlinien zu Blutdruck, Diabetes, Nieren und Palliativversorgung.

Für wen sich das Buch eignet

Nurse-Practitioner-Studierende, die sich auf die Zertifizierung vorbereiten, und praktizierende APRNs, die eine aktuelle Primärversorgungsreferenz über die gesamte Lebensspanne wollen. Auch wertvoll für Ärzte und Physician Assistants, die den pflegerischen Rahmen hinter denselben Leitlinien verstehen wollen.