

Gespräche in schwierigen Situationen

Wolf Langewitz
Universitätsspital Basel
Psychosomatik-Kommunikation

Was sind schwierige Gespräche?

- Aus der Sicht des Patienten:
 - Gespräche, die überraschende und negative Neuigkeiten enthalten
- Aus der Sicht der Fachperson:
 - Gespräche, in denen Patienten auf unvorhergesehene und schwer nachzuvollziehende Art und Weise reagieren

Beiden gemeinsam

- Besonders schwierig sind Situationen dann, wenn sie einen 'auf dem falschen Fuss erwischen', so dass man Gefahr läuft, die Fassung zu verlieren
- Was eine Person jeweils an den Rand der Fassung bringt, hängt v.a. von der momentan gültigen Identität ab: als Patient, als Pflegende, als Ärztin, als Grossvater, als Sohn – ganz unterschiedliche Dinge bringen uns aus der Fassung

Langewitz W: Ärztliche Haltung; RPM 2017; ders. In Heyse et al.; 2015

Was hilft in diesen Situationen?

- Patienten:
 - Sie brauchen Zeit, um unvorhersehbare Neuigkeiten 'zu verdauen' oder: ihre Fassung wiederzugewinnen
 - Sie brauchen Freiraum, um zu entscheiden, wie sie fortfahren wollen
 - Mit einer Äusserung von Gefühlen («Das ist entsetzlich!»)
 - Mit der Vermittlung von Informationen («Was jetzt?»)
- Fachpersonen:
 - Sollten in Momenten eigener Verwirrung nicht alleine vorwärts stürmen, sondern die Patientin ins Spiel bringen – vielleicht weiss sie, wie weiter?

‘Breaking Bad News’ als Paradigma für *unvorhergesehene* negative Nachrichten

- Patienten brauchen Zeit ‘zum Verdauen’
 - Wie viel Zeit sie brauchen, ist nicht vorhersehbar und m.W. nicht empirisch untersucht
 - 10 Sekunden bis 2 Minuten?
- Der Zeitbedarf ist sehr individuell!
- Wie lässt sich der Zeitbedarf für die Adaptation an die Neuigkeiten abschätzen?
 - Vor allem über den fehlenden Blickkontakt: Wenn die Fassung wankt, gehen wir aus dem Blickkontakt. Ist sie wiedergewonnen, schauen wir das Gegenüber an

Zeit zur Re-Orientierung....

- Wird verweigert, wenn die Fachperson weiter spricht und nicht abwartet
- Schematisch dargestellt:

[Pro-Gives Info], [Pro-Gives Info], [Pro-Gives Info]

Versus

[Pro-Gives Info], **[PAUSE]**, [Pat-Affect], etc.

[Pro-Gives Info], **[PAUSE]**, [Pat-?Info], etc.

Diese **PAUSE** ist fundamental, ihre Bedeutung wird aber gerade in standardisierten Interventionen oder Schulungen unterschätzt. Sie ist nicht standardisierbar!

Original Investigation

Patient Perception of Physician Compassion After a More Optimistic vs a Less Optimistic Message A Randomized Clinical Trial

Kimberson Tanco, MD; Wadh Rhondali, MD; Pedro Perez-Cruz, MD; Silvia Tanzl, MD; Gary B. Chisholm, MS; Walter Baile, MD; Susan Frisbee-Hume, RN, MS, CCRP, OCN; Janet Williams, MPH, CCRP; Charles Masino, BA, MS; Hilda Cantu, BS; Amy Sisson, MS, MLS; Joseph Arthur, MD; Eduardo Bruera, MD

JAMA Oncology 2015

Patienten sehen standardisierte Videos, in denen ein Arzt zu einem Pat. mit fortgeschrittenem Krebs spricht. Verbale und non-verbale Empathie ist gleich häufig in

Version 1: 'Es gibt leider keine Möglichkeit mehr, den Krebs zu behandeln'.

Version 2: 'Aber wer weiss, vielleicht...'

Patienten erleben den 'optimistischen' Arzt als empathischer, vertrauen ihm mehr als 'dem Ehrlichen'

Original Investigation

Patient Perception of Physician Compassion After a More Optimistic vs a Less Optimistic Message A Randomized Clinical Trial

Kimberson Tanco, MD; Wadli Rhondall, MD; Pedro Perez-Cruz, MD; Silvia Tanzi, MD; Gary B. Chisholm, MS;
Walter Balle, MD; Susan Frisbee-Hume, RN, MS, CCRC, OCN; Janet Williams, MPH, CCRP; Charles Masino, BA, MS;
Hilda Cantu, BS; Amy Sisson, MS, MLS; Joseph Arthur, MD; Eduardo Bruera, MD

Was heisst das? Sollen wir die traurige Wahrheit
verschweigen, um höhere Empathie-Werte zu
bekommen?

Das Studien-Design berücksichtigt nicht, das Personen ihre
Fassung bewahren oder ggfs. zurückgewinnen wollen.

Fassung Bewahren: “Im Moment vertrage ich nicht mehr...”

Fassung Wiedergewinnen: “Ich brauche ein bisschen Zeit,
um das zu verarbeiten.”

Die schwierige Aufgabe besteht darin,
Informationen so zu vermitteln, dass
Patienten Menge und Tempo
mitbestimmen können.

Wenn dies misslingt, entstehen u.U.
heftige negative Gefühle, die dann
allerdings professionell aufgegriffen und
nicht ignoriert werden sollten.

Diese Sicht hätte Konsequenzen:

- Müssten wir in Kommunikationsschulungen, die schwierige Situationen, z.B. BBN thematisieren, den Fokus vom *Aufgreifen von Emotionen* auf die *Vermittlung von Informationen* verschieben?
- Was sagen Patienten und Patientinnen dazu?
- Was machen Ärzte und Pflegende konkret?

Mendick N et al.; World J Surg 2011

- Chirurgen und Patientinnen betonen die Bedeutung von Aufrichtigkeit ('honesty') und 'nichts verschweigen'; Chirurgen wollten nicht alles sagen, was sie wissen und Patientinnen wollten auch nicht alles hören. Patientinnen erwarten Informationen v.a., um Hoffnung zu bewahren, um die Expertise des Chirurgen zu erleben, und um eine persönliche Beziehung aufbauen zu können.

N. Mendick, B. Young, C. Holcombe, P. Salmon, Telling everything but not too much: the surgeon's dilemma in consultations about breast cancer, World J. Surg. 35 (2011) 2187–2195.

Young B et al.; PEC 2011

- Entgegen gängigen Erwartungen, hängt das Gefühl einer emotionalen Verbindung zwischen Patienten und Ärzten nicht vom 'emotionalen Verhalten' der Ärzte ab. Patienten und Eltern von Kindern fühlen sich durch ärztliche Autorität nicht eingeschüchtert. Wenn Eltern sich emotional unterstützt fühlten, sahen sie keinen Unterschied zwischen ärztlicher Kompetenz und Emotionalität

B. Young, J. Ward, M. Forsey, K. Gravenhorst, P. Salmon, Examining the validity of the unitary theory of clinical relationships: comparison of observed and experienced parent-doctor interaction, Patient Educ. Couns. 85 (2011) 60–67.

Was hilft Patienten und Eltern, die Hoffnung nicht aufzugeben?

- Hoffnung hängt vor allem ab vom Eindruck, ehrlich und offen informiert worden zu sein

J.M. Clayton, K. Hancock, S. Parker, P.N. Butow, S. Walder, S. Carrick, et al., Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review, Psychooncology 17 (2008) 641–659.

R.G. Hagerty, P.N. Butow, P.M. Ellis, E.A. Lobb, S.C. Pendlebury, N. Leigh, et al., Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis, J. Clin. Oncol. 23 (2005) 1278–1288.

P.A. Parker, W.F. Baile, C. de Moor, R. Lenzi, A.P. Kudelka, L. Cohen, Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication, J. Clin. Oncol. 19 (2001) 2049–2056.

P. Salmon, J. Hill, J. Ward, K. Gravenhorst, T. Eden, B. Young, Faith and protection: the construction of hope by parents of children with leukaemia and their oncologists, Oncologist 17 (2012) 398–404.

Doctors' communication of trust, care, and respect in breast cancer:
qualitative study

Emma Burkitt Wright, Christopher Holcombe, Peter Salmon

- Patientinnen ist der persönliche Eindruck von der Ärztin wichtiger als ihre Kommunikationsfertigkeiten
- Patientinnen ist wichtig, dass die Ärztin erfahren ist, eine besondere Beziehung zu ihnen hat und ihre Autonomie respektiert
- Wie diese Qualitäten vermitteln werden, geschieht auf sehr unterschiedliche Art und Weise, die von dem, was Experten empfehlen, weit entfernt ist

BMJ 2008

Richten sich die Erwartungen von Patienten
und Angehörigen *gleichermaßen* an
Pfleger und Ärzte?

- Das könnte einer der Gründe dafür sein, dass z.B. das Ausbildungsprogramm der Krebsliga jeweils gemischte Gruppen anspricht aus Pflegenden und Ärztinnen aus der Onkologie

Forsey et al.; Psycho-Oncology 2011

- Ärzte glauben nicht, dass sie Eltern beruhigen können, indem sie ihre Ängste und Befürchtungen herausfinden und explizit diskutieren.
- Pflegende verlassen sich auf ihre psychologischen Fähigkeiten und besprechen explizit die Gefühle der Eltern, um ihnen Sicherheit zu geben.
- Beide Berufsgruppen verlassen sich auf einander, wenn es darum geht, den emotionalen Bedürfnissen der Eltern gerecht zu werden. Sie betonen die Bedeutung eines multidisziplinären Teams gegenüber den Fähigkeiten individueller Fachpersonen.

M. Forsey, P. Salmon, T. Eden, B. Young, Comparing doctors' and nurses' accounts of how they provide emotional care for parents of children with acute lymphoblastic leukaemia, Psychooncology 22 (2013) 260–267.

Unterschiedliche Erwartungen an Pfleger und an Ärzte...

- Eine Gender-Frage?
 - Schwierige Datenlage! Einfluss haben Altersunterschied von Fachperson und Patient, Thema der Konsultation, Gender-Mix, etc.
- Eine Rollen-Frage?
 - Welche Rollenerwartungen haben typische Patienten an die Pflege und an Ärzte?
- Eine Zeitgeist-Frage?
 - Rollen und Erfahrungen im Laufe der Zeit

Jefferson et al.; Journal of Health Services Research & Policy 18(4) 242–248, 2013

Wann wäre eine Klärung der Ursachen dieser Unterschiede wichtig?

- Wenn wir, die Fachpersonen, mit dem, was PatientInnen uns zuschreiben, unzufrieden sind.
- Dann entsteht u.U. der Bedarf, PatientInnen 'umzuerziehen', damit unsere Selbst-Beschreibung sich mit ihrer Fremd-Zuschreibung deckt.
- Die interessante Frage: Sollten wir wirklich PatientInnen in diesem Sinne 'erziehen'?

Zwei Versuche der Integration

1. Die Arbeit von Forsey weist einen möglichen Weg: Unterschiedliche Berufsgruppen sollten das Besondere ihrer Identität kennen und in ein inter-professionelles Angebot einfließen lassen
 - a. Ihre Identität speist sich **aus eigener Sicht und aus der ihrer PatientInnen!**
2. Gemeinsamkeiten herausarbeiten beim Aufgreifen von Emotionen und Vermitteln von Informationen

Unterschiede akzeptieren=Stillstand?

- Entscheidend ist der Zeitfaktor: Wie lange wird es dauern, bis sich das Berufsbild von Pflegenden und Ärzten in der Öffentlichkeit verändert?
- Repräsentanten eines Kulturwandels sind v.a. PatientInnen, die im Spital oder in Ambulanzen erleben, was sie nicht erwartet hätten.
 - «Ach, das machen Pflegende auch?»

Gemeinsamkeiten im Aufgreifen von Emotionen und Vermitteln von Informationen

- Auslöser sind (in der somatischen Medizin*) oft unerwartete Inhalte, die 'einen aus der Ruhe bringen', oder: an den Rand der Fassung.
- Niemand hat es gern, wenn er/sie die Fassung verliert; wir ringen um unsere Fassung, um handlungsfähig zu bleiben.
- Das Stabilisieren der eigenen Fassung braucht Zeit.
- Diese Zeit muss die Gesprächs-Führende gewähren (die Person, die meine Fassung herausgefordert hat!)

* In der Psychotherapie sind sie dagegen oft das entscheidende Thema

Zeit *gewähren* als Fachperson

- Nach dem Übermitteln von Informationen MUSS es eine Pause geben, damit der Patient sie mit seinem bisherigen Verständnis von sich, seinem Zustand, der Welt überhaupt abgleichen kann
- Allgemeiner gilt: Wann immer der Patient signalisiert, dass er an etwas arbeitet, sollte die Fachperson ihm Zeit lassen, diesen Verarbeitungsprozess abzuschliessen.

Anfang und Ende der Verarbeitungsphase werden v.a. über den Blickkontakt signalisiert

- Kultur-abhängig regelt vor allem der Blick den wechselseitigen Kontakt:
- Wenn ich zu jemandem spreche, schaue ich ihn an
- Wenn ich über etwas nachdenke, senke ich den Blick
- Wenn ich bestürzt bin, schirme ich mich zusätzlich durch Abwenden des Oberkörpers, Abdecken des Gesichts, etc. ab

Zeit *nehmen* als Fachperson

- Blicksignale funktionieren in beiden Richtungen:
- Auch die Fachperson kann sich eine Auszeit nehmen, wenn sie verarbeiten möchte, was sie erfahren hat:
 - Zurücklehnen nach einem unerwarteten Vorwurf
 - Blick senken zum Nachdenken
 - Denkpause explizit ankündigen

Zeit *gewähren* im Umgang mit Emotionen - Beispiele

- [Ich sitze einer Vertrauensperson gegenüber, *etwas rührt mich zu Tränen* – ich weine]
- Ich sitze inmitten fremder Personen, *etwas rührt mich zu Tränen* – ich versuche, die Fassung zu bewahren
- Ich sitze einer fremden Person gegenüber, von der ich etwas will, *etwas rührt mich zu Tränen* – Ich versuche, die Fassung zu bewahren, um mein Anliegen weiter vertreten zu können

Ich muss in diesem Moment entscheiden, wie ich mit meinen Emotionen umgehen will

- Dieser Entscheidungsprozess braucht meistens Zeit! Z.B. zur Frage: wer ist das Gegenüber?
- Menschen können überraschend zu 'Vertrauenspersonen' werden, wir trauen uns, emotional zu werden, obwohl wir sie kaum kennen
- Wichtig ist: ich möchte selber entscheiden können, wie weit ich mich jetzt emotional einlassen mag

Gibt es Emotionen ohne vorherige Informationen?

- Ja, sicher: Jemand erzählt von einem Erlebnis und kommt in Kontakt mit den Gefühlen, die dieses Erlebnis auslöst (z.B. Verlust eines geliebten Menschen; Schrecken eines Unfalls; Scham angesichts eigenen Versagens).
- Und wieder gilt: Der Patient entscheidet, ob er bei der Emotion bleibt, oder 'neutralisiert', indem er z.B. sagt: «Das war schon sehr unangenehm damals!»,

Übergeordnetes Ziel einer Kommunikationsschulung

- Den klugen Umgang mit Pausen lernen
 - Beim Vermitteln von Informationen
 - Beim Aufgreifen von Emotionen
- Die andere Berufsgruppe in ihrer speziellen Kompetenz erleben, damit wir den KollegInnen vertrauen und wissen, was PatientInnen beim Anderen erwartet
- Vielleicht: die Not-To-Do's im Schwerpunkt-Thema der Anderen begreifen und anwenden

Ich freue mich auf die Diskussion!