



19. Engadiner Fortbildungstage 6. - 8. September 2013

Gespräche mit chronisch Kranken, Sterbenden ihren Angehörigen

Dr. med. Stefan Obrist
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH
Ärztlicher Leiter Kompetenzzentrum Palliative Care
Hospiz Zürcher Lighthouse

Übersicht

- Einleitung/Allgemeines
- Der runde Tisch
- Patientenzentrierte Gesprächstechniken
- Überbringen schlechter Nachrichten

Cicely Saunders 1918-2005



«What you say to patients
is not as important as what you let patients tell you»

Spontane Gesprächszeit des Patienten

- Diverse Studien haben gezeigt, dass Patienten durchschnittlich nach 20 Sekunden von ihren Ärzten unterbrochen werden, wenn sie zu Beginn der Konsultation ihre Beschwerden schildern wollen.

Beckman, H. B. und Frankel, R. M. (1984): The effect of physician behavior on the collection of data. Ann.Intern.Med. 101(5):692-696.

- Eine Dissertation von 2009 ergab, dass die mittlere spontane Gesprächszeit lediglich 64 Sekunden betrug, eine Zeitspanne, die jedem Patienten zugestanden werden kann.

*Bär, T. Die spontane Gesprächszeit von Patienten zu Beginn des Gespräches in der hausärztlichen Praxis. Med Diss Charité Berlin; 2009.
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000011060*

Welchen Hausarzt würde ich weiterempfehlen?

- Befragung von > 50'000 Patienten in Dänemark
- Pat. beurteilen Hausarzt mit 23 Fragen aus folgenden Bereichen: Arzt-Patienten-Beziehung, Medizinische Versorgung, Information und Unterstützung, Praxisorganisation/Erreichbarkeit
- Zusammenfassung: wichtigste Kriterien für Weiterempfehlung
 - Interesse an Ihrer persönlichen Situation
 - Sagt Ihnen, was Sie über ihre Erkrankung wissen wollten
 - Hilft Ihnen, sich emotional auf die Krankheit einzustellen
 - Bezieht Sie bei Entscheidungen mit ein
- Keine Rolle spielten Fragen der Praxisorganisation/Erreichbarkeit

Vedsted P, Heje HN:

Association between patient's recommendation of their GP and their evaluation of the GP

Scand J of Primary Health Care, 2008; 26: 228-234

Empathie

- In der Mitte zwischen Sympathie und Antipathie
- Sich für den andern öffnend, aber bei sich bleibend
- Hinweise, dass Empathie eine therapeutische Wirkung haben könnte.
- Aus Studien ist bekannt, dass Empathie im Verlauf des Medizinstudiums und auch der Berufstätigkeit abnimmt.

*Neumann M, Edelhäuser F et al: Empathy Decline and its Reasons: A systematic review of Studies With Medical Students and Residents
Academic Medicine, Vol.86, No.8/August 2011*

- Gründe: Stress?

Reden ist Gold wert

Health Care Costs in the Last Week of Life

Associations With End-of-Life Conversations

*Baohui Zhang, MS; Alexi A. Wright, MD; Haiden A. Huskamp, PhD;
Matthew E. Nilsson, BS; Matthew L. Maciejewski, PhD; Craig C. Earle, MD;
Susan D. Block, MD; Paul K. Maciejewski, PhD; Holly G. Prigerson, PhD*

Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488

«The multimillion dollar-conversation»

- 627 Patienten mit fortgeschrittenem Karzinom
- Longitudinale Studie „baseline“ bis Tod
- In 31% Diskussionen zum Thema Lebensende
- Kosten 35% niedriger als bei Patienten ohne Diskussion

Man kann nicht nicht kommunizieren

Paul Waclawick 1921-2007



Übersicht

- Einleitung/Allgemeines
- **Der runde Tisch**
- Patientenzentrierte Gesprächstechniken
- Überbringen schlechter Nachrichten

Der runde Tisch

- Teilnehmende: Patient (soweit möglich), Angehörige, zuständige Pflegeperson(en), Abteilungsarzt, Oberarzt, andere
- Allgemeines Vorgehen:
 1. Vorstellung, Absicht des Treffens erläutern
 2. Kenntnisstand Krankheit/bisheriger Verlauf/
Prognose/Therapien/Komplikationen austauschen
 3. Festlegung des gemeinsamen Vorgehens/ Behandlungsplans
 4. Abschluss: Pendenzen, Protokoll, nächstes Treffen
- Dauer: 1 – max. 1½ Stunden

Übersicht

- Einleitung/Allgemeines
- Der runde Tisch
- **Patientenzentrierte Gesprächstechnik**
- Überbringen schlechter Nachrichten

Patientenzentrierte Gesprächsführung

nach Langewitz, Laederach und Buddenberg

Dem Patienten die Gesprächsführung übergeben:

- Aktiv zuhören (WWSZ-Methode):

Warten

Wiederholen

Spiegeln (Rückmeldungen auf das aktuelle Thema oder auf Emotionen)

Zusammenfassen in eigenen Worten

Struktur des ärztlichen Gesprächs

nach Langewitz, Laederach und Buddenberg

- Strukturieren am Beginn
 - zeitlich, organisatorisch, thematisch
- Strukturieren im Verlauf
 - Übergänge ankündigen
 - bei Wechsel des Themas oder des Gesprächstils
- Gesprächsstruktur bei Vermittlung komplexer Inhalte:
 - Buchmetapher
 - gleiche Strukturelemente im Gespräch wie bei einem Buch:
Titel, Inhaltsverzeichnis, Kapitelüberschriften, Text, Anhang

Umgehen mit Emotionen: NURSE

- Grundelemente, die im Umgang hilfreich sind, aber selten alle gemeinsam eingesetzt werden:

Emotionen benennen	(N aming)
Verständnis zeigen	(U nderstanding)
Respekt äussern	(R especting)
Unterstützung anbieten	(S upporting)
Hintergründe ansprechen	(E xploring)

- U, R und S nur einsetzen, wenn man dazu stehen kann
- Authentizität!

Übersicht

- Einleitung/Allgemeines
- Der runde Tisch
- Patientenzentrierte Gesprächstechniken
- **Überbringen schlechter Nachrichten**

Wieviel informieren

- Dramatischer Kulturwandel

1961 sagten 90% der Ärzte in den USA, sie würden die Pat. nicht informieren über die Krebsdiagnose

1979 sagten 97% der Ärzte, sie würden es tun

Novack DH, Plumer R, Smith RL, et al: Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 241:897-900, 1979

- Bei einer Befragung von 338 Patienten der Universitätsklinik Basel sagen 95% der Patienten, auch wenn eine Nachricht schlecht sei, sollte der Patient dies unbedingt erfahren.

Wie informieren: SPIKES

- **S**etting up the interview
 - Berichte genau lesen, Bezugspersonen beiziehen
- **A**ssessing the patient's **P**erception
 - Fragen, was der Pat. oder die Angehörigen wissen/vermuten
- **O**btaining the patients **I**nvitation
 - nur soviel Information geben, wie der Patient einverstanden ist
- **G**iving **K**nowledge and information
 - Kurz und knapp, dann warten, ev. Fragen, kein vorschneller Trost
- **A**dressing the patients **E**motions with empathic responses
- **S**trategy an **S**ummary
 - Nächste Schritte besprechen, nächster Termin, Zusammenfassung

Die Hoffnung stirbt zuletzt....

- «Herr Doktor, Frau Doktor, wie lange habe ich noch?»
- Hoffnung nie ganz zerstören (ist realistisch, nicht taktisch!)
- Einfluss von Hoffnung/Erwartung auf outcome?
- Wunder sind sehr selten...
- Zweigleisige Planung hat sich bewährt:
Schlechtwettervariante, Plan B etc.

Zusammenfassung

«Schaffe Zeit und Raum
für die Patienten
und lindere das Leiden,
damit sie ihre Lebenssymphonie
vollenden können.»

N. Lickiss





Danke

für Ihre Aufmerksamkeit!

stefan.obrist@usz.ch

